

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°
132

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 février 1898, à 1 heure

Par ÉMILE PIGOT

Né à Catus (Lot), le 26 janvier 1872

Ancien externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CANCER DU SEIN

CHEZ L'HOMME

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : } MM. HUTINEL, professeur.
MAYGRIER et HALLOPEAU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1898

192

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 février 1898, à 1 heure

Par ÉMILE PIGOT

Né à Catus (Lot), le 26 janvier 1872

Ancien externe des hôpitaux

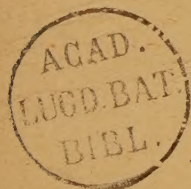
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CANCER DU SEIN
CHEZ L'HOMME

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

*Juges : } MM. HUTINEL, professeur.
MAYGRIER et HALLOPEAU, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAU.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MENETIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: **M. Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER DU SEIN
CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

Deux malades atteints de cancer du sein que nous avons eu l'occasion d'observer à quelques mois d'intervalle, l'un à l'hôpital Saint-Antoine, l'autre à la Salpêtrière, nous ont donné l'idée de ce travail.

Encouragé dans cette voie par notre maître, M. le Dr Potherat, nous avons rassemblé autant que possible, tous les cas signalés depuis la thèse de M. Poirier, et qui étaient encore épars dans les diverses publications françaises et étrangères ; de plus, nous avons de notre côté apporté cinq observations nouvelles et inédites ; et d'après ces trente-quatre cas que nous avons ainsi pu grouper, nous avons essayé, après bien d'autres, d'établir les caractères de cette affection si commune chez la femme, mais si rare chez l'homme.

Mais avant d'entreprendre notre tâche, le devoir nous incombe de remercier tous ceux qui se sont intéressés à nous durant le cours de nos études : M. le Dr Potherat qui a bien voulu nous aider de ses conseils dans l'exécution de ce travail doit figurer en première ligne ; depuis le jour où nous avons eu l'honneur d'être son externe, il a été pour nous non seulement un maître mais encore un ami ; nous lui en témoignons notre profonde reconnaissance.

C'est auprès de lui, et auprès de M. le Dr Chaput que pendant notre année d'externat à la Salpêtrière, nous avons acquis nos connaissances chirurgicales.

MM. les professeurs agrégés, Brissaud et Letulle, ont à l'hôpital Saint-Antoine, dirigé nos premiers pas dans les études médicales : nous n'oublierons jamais ce que nous leur devons. Notre temps d'externat nous a paru trop court auprès de maîtres, tels que MM. les professeurs agrégés, Marie et Charrin dont nous avons pu apprécier la bonté et le savoir.

M. le Dr Marquézy, chef de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, a droit à notre reconnaissance, pour l'intérêt et l'amitié qu'il nous a toujours témoignés.

M. le Dr Jules Simon, médecin des « Enfants-Malades », nous a fait connaître la pathologie et la thérapeutique infantiles, et ses consultations du samedi resteront profondément gravées dans notre mémoire. Enfin, à l'Ecole de M. le professeur Pinard, nous avons appris l'obstétrique, et nous remercions de grand cœur ce maître de ses bonnes leçons du matin, où il savait faire partager

à tous ses élèves, ses vastes connaissances et ses convictions.

Enfin, M. le Professeur Berger nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en témoignons notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

Le cancer du sein chez l'homme paraît n'avoir fait son apparition dans la littérature médicale qu'à une époque relativement récente. C'est seulement au commencement de ce siècle qu'apparaît la relation de quelques cas isolés.

Cependant en 1778, un médecin français, Ledran, dans un Mémoire sur le cancer, parle du cancer du sein chez l'homme mais seulement pour en constater la rareté ; ce qui pourtant indique qu'il en connaissait l'existence.

Mais c'est Dussausoy qui cite le premier fait d'un homme atteint de cancer du sein. Il essaie même, chose digne d'être notée, au moins à titre de curiosité, de le guérir par l'inoculation de la pourriture d'hôpital.

Après lui Sédillot en observe deux cas que selon la tendance générale de l'époque, il rattache à un traumatisme antérieur.

Nélaton, rapporte dans sa thèse d'agrégation (1839), sur les tumeurs du sein, que Richerand a récemment opéré à l'Hôtel-Dieu, un cancer du sein chez un homme, et que Duval, a extirpé trois fois de suite une tumeur maligne du même organe chez un officier, obtenant enfin la guérison.

En 1842, Lisfranc présente à l'Académie de médecine un cancer de sein qu'il a enlevé à un homme de 45 ans, dont il rapporte l'observation dans ses *Cliniques de la Pitié*.

Bérard dans sa thèse d'agrégation ne lui consacre que quelques lignes, et dit en avoir observé deux cas un jour qu'il était de garde au Bureau central.

Cruveilhier en cite plusieurs cas dont un personnel, et donne dans son *Anatomie pathologique*, une planche représentant un cancer fongiforme qui s'était développé chez un homme de 40 ans.

Lebert en a observé deux cas qu'il rapporte dans son deuxième volume d'*Anatomie pathologique*; l'une de ces tumeurs malignes était une tumeur encéphaloïde, développée chez un homme de 65 ans et qu'il rattache à un traumatisme antérieur.

En Angleterre, Birkett dans son *Traité des maladies du sein*, rapporte un cas de sarcome sero-kystique développé chez un homme de 52 ans et ajoute quelques mots sur le carcinome dont Astley Cooper signale un cas.

Vers la même époque, Deguise fils, présente à l'Académie de médecine un cancer encéphaloïde qui s'était développé en 6 mois chez un homme de 68 ans et s'accompagnait d'une ulcération donnant naissance à des hémorrhagies répétées.

Vidal (de Cassis) remplaçant Velpeau à la Charité, extirpe un squirrhe, et en 1853, Velpeau lui-même déclare en avoir observé 9 ou 10, auxquels il en ajoute plus tard quatre autres, comme il le rapporte dans son *Traité des maladies du sein*.

A Vienne, Billroth ne parle guère du cancer du sein chez l'homme que pour constater sa rareté.

En Italie, Corradi dans ses *Commentaires* en signale quelques cas, pendant qu'en Angleterre, Milton dans ses *Medico-Chirurgical Transactions*, parvient à en grouper un assez bon nombre.

A cette époque, le contrôle histologique fait défaut ; aussi sur les 70 cas recueillis par Horteloup dans sa thèse d'agrégation (1872) sur les Tumeurs du sein, 16 seulement ont reçu la confirmation du microscope.

En 1876 le Dr Chenet dans sa thèse inaugurale inspirée par Verneuil apporte 7 cas nouveaux.

Il faut arriver ensuite jusqu'en 1883 où paraît la thèse du Dr Poirier sur les Tumeurs du sein, et dans laquelle, l'auteur se livre à une étude clinique du Cancer avec des cas nouveaux et régulièrement contrôlés par l'Anatomie Pathologique. De ce fait cette thèse marque une date.

Depuis cette époque, l'attention ayant été attirée de ce côté, les observations sont devenues moins rares, presque tous les cas observés ayant été publiés par les chirurgiens.

Toutefois, la plupart de ces faits restent à l'état d'observations isolés et ne servent à aucun travail d'ensemble, au moins en France ; car, à l'étranger, nous trouvons une étude de Schuchardt, parue dans *Archiv. für Klinische Chirurgie* (1887) et une statistique de Williams dans *The Lancet* de 1889, statistique qui porte sur près de 100 cas.

Chez nous, le travail le plus récent est la thèse du Dr Delacour, qui offre, comme principal intérêt, de faire connaître 4 observations inédites.

ÉTIOLOGIE. — PATHOCÉNIE

Le petit nombre de travaux publiés sur le cancer du sein chez l'homme, nous a déjà fait pressentir que nous nous trouvions en présence d'une affection rare ; et le nombre est grand des médecins qui n'ont jamais eu l'occasion de l'observer.

Toutes les statistiques s'accordent parfaitement pour reconnaître cette rareté.

En Angleterre, Williams, sur 15.481 néoplasmes traités dans les hôpitaux de Middlesex, de Saint-Bartholomew, de Saint-Thomas et de l'University Collège, n'a rencontré chez l'homme que 19 cas de tumeur maligne du sein, dont 16 cancers et 3 sarcomes ; alors que chez la femme, il relevait 1873 cancers et 92 sarcomes ; ce qui fait que dans la totalité des cas de cancer du sein la part de l'homme représente une proportion de 1 p. 0/0 environ.

Guido von Torok et Wittelsholer, assistants de Billroth, dépouillant le registre des autopsies pratiquées à l'Institut pathologique de Vienne, donnent une proportion un peu plus faible encore, car elle n'est que de 0,8 p. 0/0.

En Allemagne dans une statistique de Schuchardt,

cette proportion est de 1 p. 0/0, tandis que dans celle de Henry, de Breslau; elle atteint 2 p. 0/0.

La plupart des observations de cancer du sein chez l'homme, sont rapportées par des auteurs anglais ; aussi M. Poirier, s'est-il demandé s'il n'y avait pas une sorte de prédisposition de certaines races à contracter le cancer du sein.

Il est de fait que, sur les 34 cas que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale de ces 15 dernières années, 14 ont été observés, soit en Angleterre, soit en Amérique.

Cependant les statistiques faites dans chaque pays semblent infirmer l'opinion qui attribuerait cette prédisposition spéciale à certains pays ou à certaines races, et elles démontrent que la proportion des cancers du sein chez l'homme, est à peu près la même dans tous les pays ; ce qui constitue probablement la différence, c'est l'exactitude plus grande des auteurs à publier les cas observés.

Un facteur important dans la genèse de cette affection est *l'âge* des individus.

Le cancer du sein, en effet, chez l'homme, comme chez la femme, s'observe surtout et presque exclusivement, à la période du déclin de la vie ; au delà de 50 ans ; à cet égard toutes les statistiques concordent, et les auteurs sont unanimes à reconnaître que c'est de 50 à 60 ans qu'on le rencontre le plus fréquemment.

On peut l'observer à un âge bien plus avancé, et l'âge maximum que nous relevons est 82 ans ; on peut de même le rencontrer avant 40 ans, et jusqu'à 20 ans, peut-

être même à un âge encore moins avancé ; car nous avons trouvé dans le *British Medical Journal* de 1897, une observation due à un chirurgien anglais, Blodgett, relative à un enfant de 12 ans ; voici d'ailleurs comment se répartissent suivant leur date d'apparition les 34 cas que nous avons recueillis.

de 10 à 20 ans	(12 ans)	1 cas
de 20 à 40 ans		3 cas
de 40 à 50		7 cas
de 50 à 60		14 cas
de 60 à 80		9 cas.

C'est d'ailleurs à peu près de la même façon que se répartit le cancer du sein chez la femme, comme on pourra le voir dans le petit tableau que nous empruntons à Robert Williams.

	Tot.	De 20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	Plus	Age	Plus	Plus
	des	à	à	à	à	à	à	à	à	à	à	de	moy.	jeu.	gr.
	cas	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	70		âge	âge
H	90	2	2	9	12	11	17	15	12	7	3	10	50	20	82
F	500	0.6	4	6	14	16	20	15	16	9	32	22	48	22	84

Rarement les deux seins sont atteints en même temps ; cependant on a pu observer dans quelques cas, cette bilatéralité des lésions.

Elle existe dans une observation de la thèse de M. Poirier. — Williams l'a notée 3 fois, et nous même, l'avons rencontrée une fois dans un cas que nous publions plus loin.

Quant au sein le plus souvent frappé, les opinions

varient un peu. M. Poirier accuse une plus grande fréquence à gauche, fait qui est reconnu pour le cancer du sein chez la femme. Mais d'un autre côté, Williams donne 38 cas pour le sein droit, et 33 pour le sein gauche; Guido von Torok et Wittelsholer, donnent une proportion un peu plus forte : Sein droit 64. Sein gauche 48.

Dans les 31 observations où le siège est noté, le cancer siégeait 19 fois à droite et 13 à gauche (l'affection étant bilatérale dans l'un des cas); et dans nos 5 observations personnelles, nous avons trouvé 4 cancers droits, contre 2 gauches.

L'étiologie et la pathogénie du cancer du sein chez l'homme, se ressentent de l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons, de celles du cancer en général.

Faut-il voir là du parasitisme et de la contagion? On l'a dit. Mais, malgré les cas de contagion qu'on a pu signaler, tels qu'un cancer de la verge, contracté par un mari dont la femme était atteinte d'un cancer de l'utérus, malgré l'existence des taches cancéreuses, malgré les épidémies de cancer qu'on peut citer à l'appui de la théorie parasitaire, la lumière est loin d'être faite, et nous en sommes toujours à ce point que la cause efficiente du cancer nous échappe et que les causes prédisposantes ou occasionnelles sont les seules que nous puissions relever.

C'est ainsi qu'on accorde un rôle relativement important à l'hérédité, et de fait elle a été plusieurs fois constatée dans l'histoire familiale des hommes atteints de cancer du sein; on a même cité des familles entières dont les membres ont présenté des manifestations diversement localisées du néoplasme, tel le malade de Warren qui

mourut d'un cancer de la lèvre, et dont le fils succomba à un cancer du sein et les filles à une affection carcinomateuse de l'utérus. Cette hérédité néoplasique a été notée 7 fois par Williams et 3 fois l'ascendant avait présenté un cancer du sein ; dans les quatre autres cas le cancer occupait des sièges variables tels que la langue, les lèvres, etc. Nous l'avons rencontré deux fois chez les collatéraux ; dans un cas c'était la sœur du malade qui était morte d'un cancer du sein ; dans un autre, deux cousines avaient succombé, l'une à un cancer du sein, l'autre à un cancer du rectum ; signalons enfin une troisième observation que nous rapportons, ainsi que les deux précédentes, dans laquelle la mère du malade était morte d'une tumeur abdominale, dont la nature n'est pas précisée (Obs. 25) ; nous ferons cependant remarquer, que quelques observateurs, en très petit nombre d'ailleurs, ont négligé d'interroger leur malade à ce point de vue.

La rareté du cancer du sein chez l'homme, comparativement au cancer du même organe chez la femme, nous fait entrevoir une autre cause de sa production ; je veux parler des affections aiguës ou chroniques de la région.

Les mastites aiguës ou chroniques, sont, en effet, chose très rare, chez l'homme, la lactation et les accidents qui l'accompagnent étant autant d'influences auxquelles il n'est pas soumis, car, chez lui, la glande mammaire est rudimentaire, et la région qui l'environne se ressent elle-même de cette déchéance anatomique et fonctionnelle.

Aussi, certains auteurs ont-ils cru voir dans les cas qu'ils ont observés, que le sujet avait au préalable subi une hypertrophie de la glande et de la région mammai-

res et émis l'opinion, que ces seins préalablement hypertrophiés, étaient en quelque sorte prédisposés à contracter un néoplasme.

Cette augmentation de volume est notée dans quatre des observations que nous rapportons ; c'est ainsi que Schuchardt nous dit que son malade avait des seins démesurément gros, et que Berns, après avoir extirpé à son malade le sein cancéreux, lequel mesurait 19 centimètres $1/2$ dans son diamètre horizontal, et 16 dans son diamètre vertical, lui enlève, afin d'éviter la production d'un nouveau néoplasme, la mamelle restée saine, qui mesurait 17 centimètres sur 14 ; les deux seins, réunis pesaient 2 kilogrammes 500 ; le malade mourut d'ailleurs après trois récidives, deux ans après le début de l'affection ; ce qui montre au moins l'inutilité de l'ablation préventive de la deuxième mamelle, (Obs. XII). Mais ce sont là faits exceptionnels et desquels il serait erroné de généraliser à la totalité des cas.

Bien que, chez l'homme, les inflammations du sein soient rares ; il peut néanmoins, se développer, au niveau de la région mammaire, des lymphangites, des abcès, des éruptions de toute nature, et ces inflammations pourraient, peut-être, agir, comme causes prédisposantes.

C'est ainsi qu'un malade de M. Poirier, vit un carcinome, succéder à un zona guéri depuis longtemps. C'est encore le cas de deux malades de Williams qui avaient présenté un eczéma de la région.

La maladie de Paget peut aussi s'observer chez l'homme, et devenir, comme chez la femme, l'origine où l'occasion d'un néoplasme.

Une dernière cause que presque tous les malades invoquent, et à laquelle ils rapportent le début de l'affection est le traumatisme.

Dans 30 cas où il l'a recherché, Williams, a, en effet, trouvé, 14 fois un traumatisme antérieur ; c'était : 10 fois des contusions ;

2 fois des pressions ;

2 fois des frottements répétés.

Cette influence des contusions et des frottements, professionnels pour la plupart, avait de tout temps été remarquée ; et Larrey rapporte le cas d'un soldat chez lequel il vit survenir un cancer du sein, à la suite des frottements répétés de ses vêtements et des courroies de cuir, pendant la marche et l'exercice ; le malade d'Imbert de Montpellier, était un grand chasseur qui portait sa montre dans une poche située au niveau du mamelon, et sur laquelle, passait et appuyait la courroie de son carnier (Obs. XIX).

Des 34 observations que nous avons pu recueillir, l'influence du traumatisme est notée dans 15 d'entre elles.

Que faut-il penser de ces traumatismes ? S'agit-il de simples coïncidences ? ou le trauma a-t-il une influence réelle ? Nous n'y croyons guère et pensons que le traumatisme est tout simplement l'agent révélateur d'une affection antérieure, mais indolente, et qui ne traduisait sa présence par aucun signe extérieur.

Il convient aussi de rappeler, au nombre des causes prédisposantes, toutes les intoxications, toutes les diathèses, les maladies infectieuses, les maladies générales ; enfin, sans accorder à l'arthritisme le rôle générateur qu'on a

voulu lui faire jouer, nous devons faire remarquer que parmi les antécédents, soit héréditaires, soit personnels des malades, atteints de cancer du sein, on pourra trouver, la goutte, l'eczéma; le rhumatisme (V. obs. XII et XXXI) et aussi le saturnisme, l'érysipèle, l'épilepsie, l'alcoolisme, la syphilis, la neurasthénie.

Nous rappelons toutes ces causes prédisposantes moins pour la valeur que nous leur attribuons, valeur nulle, ou minime, dans la plupart des cas, que pour être aussi complet que possible sur ce point particulier de l'étiologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons déjà fait remarquer que le cancer du sein était plus fréquent à droite qu'à gauche et que quelquefois, il était bilatéral ; il nous reste maintenant à examiner la tumeur en elle-même, et à rechercher quelle est la variété de tumeurs malignes la plus fréquente.

Il est bien entendu que nous laissons de côté toutes les tumeurs ayant un point de départ nettement cutané pour ne nous occuper que de celles qui prennent leur origine, soit dans les éléments glandulaires du sein proprement dits, soit dans le tissu conjonctif interstitiel. Envisagés de cette manière les cancers du sein chez l'homme se présentent sous trois types, qui sont : l'épithélioma, le carcinome, et le sarcome.

Chacune de ces variétés se présente avec les caractères habituels qu'on lui trouve dans le sein de la femme. Inutile d'y insister. Quant à la fréquence relative de chacun d'eux, c'est le carcinome qui est de beaucoup la variété la plus souvent observée ; R. Williams l'a rencontré 17 fois sur 26 examens histologiques qui ont été faits de tumeurs diverses du sein.

Dans les 34 cas que nous avons recueillis nous l'avons

rencontré dans une proportion plus forte, 25 fois, et dans la majorité des cas c'était un squirrhe.

Mais on peut aussi observer d'autres modalités du carcinome, et M. Imbert de Montpellier a publié une observation d'Encéphaloïde ; c'est la seule que nous ayons rencontrée (Obs. XIX) sur les 34 cas que nous rapportons. Williams en cite 3 cas, alors que sur 366 cas de cancer du sein chez la femme, il n'en a pas rencontré un seul ; il ajoute en outre 3 observations de cancer mélanique dont on pourra trouver les détails dans la thèse de Delacour.

Le carcinome peut enfin ne pas se présenter sous l'aspect d'une « tumeur » parfaitement limitée, mais former au contraire un vaste empâtement, en continuité avec les tissus sains et constituer le cancer en nappe, le cancer en cuirasse, comme cela s'observe chez la femme.

L'épithélioma semble être ensuite la variété la plus fréquente ; (7 fois sur 34 cancers). Il peut se présenter sous diverses formes histologiques, plus ou moins éloignées du type primitif. M. Imbert de Montpellier a insisté sur ces diverses modalités, et il rapporte en détail un de ces cas d'épithéliomes métatypiques, prêts à rompre leur enveloppe conjonctive, l'ayant parfois rompue et sur le point de se diffuser dans le tissu périphérique (Obs. XIX).

L'observation suivante d'un auteur anglais est tout à fait à rapprocher de la précédente ; voici comment est rapporté l'examen anatomo-pathologique de la tumeur : Inflammation et prolifération marquées de l'épithélium des conduits, quelques-uns complètement obstrués par les cellules, quelques autres montrant une tendance à se rompre et à se diffuser dans le tissu conjonctif, parais-

sant être la première étape d'une tumeur maligne. (Obs. 24).

Du reste cette transformation concorde bien, comme nous le verrons, avec l'évolution clinique de certaines tumeurs, qui, progressant très lentement, ont pendant longtemps l'aspect bénin ; puis, sous l'influence de causes inconnues elles acquièrent rapidement un volume considérable et envahissent la région toute entière ; en réalité, cette évolution rapide coïncide avec la diffusion épithéliale dans les travées conjonctives.

Le Sarcome est peut-être la variété de tumeurs la moins fréquente ; Williams en a observé 3 cas, et nous même en avons rencontré trois autres qui sont relatés à la fin de ce travail. Le sarcome se présente ici avec ses caractères habituels, sa malignité variable, suivant qu'il s'agit d'un type plus ou moins rapproché du type embryonnaire, mais d'une manière générale toujours relativement plus bénin que les autres variétés de tumeurs.

En même temps que la tumeur primitive, on rencontre des lésions dans d'autres organes ; la plus fréquente est la dégénérescence des ganglions axillaires correspondants ; ces ganglions sont envahis par propagation suivant les vaisseaux lymphatiques de la mamelle. Ces vaisseaux envahis eux-mêmes forment parfois un cordon induré très appréciable à travers la peau, cordon qui conduit directement sur les ganglions envahis.

L'adénopathie peut ne pas se limiter à l'aisselle et gagner les régions claviculaires et même cervicales comprimant vaisseaux et nerfs de la région ; elle est précoce

dans le carcinome, plus tardive dans l'épithélioma, très tardive dans le sarcome.

On peut en outre observer des lésions viscérales; mais elles ne se montrent ordinairement, qu'après une première opération, et par suite de la généralisation du néoplasme; les organes le plus souvent atteints sont dans leur ordre de fréquence: les os, la plèvre et les poumons, le foie, le rein, l'estomac; nous y reviendrons quand nous nous occuperons des récidives.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous décrirons d'abord l'aspect le plus habituel sous lequel se présentent les malades atteints de cancer du sein ; nous prendrons pour cela un cas-type puis nous reviendrons sur chacun des symptômes énumérés pour établir leur valeur respective et leur attribuer l'importance qu'ils méritent.

Le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, le mal survient chez un homme qui a dépassé la cinquantaine ; c'est par hasard, que, 4 ou 5 mois auparavant, il a remarqué que l'un des deux seins faisait une saillie un peu plus accentuée que l'autre ; et il a perçu une « grosseur » de la région, grosseur qui est dure ; il ne s'en est pas inquiété jusqu'au jour, où des douleurs sont survenues ; ou bien son attention, a été attirée par une tache rosée à sa chemise, au niveau du mamelon, tache qui s'est renouvelée ; c'est à ce moment qu'il va consulter.

A l'interrogatoire, le malade indique presque toujours, soit un coup qu'il aurait reçu au niveau du sein, soit des frottements, soit comme chez un malade de M. Poirier, des suctions répétées du mamelon, comme ayant marqué le point de départ de son affection.

L'examen de la région fera constater que la peau du mamelon est plissée, rétractée, que l'aréole présente une ou deux petites ulcérations qui saignent facilement ; la palpation révélera une induration de la région se présentant sous la forme d'une masse dure, plate, de la dimension d'une pièce de deux francs, mobile sur les plans profonds, mais ayant déjà contracté avec la peau des adhérences ; parfois faisant suite à cette tumeur un cordon induré qui suit le bord inférieur du grand pectoral, et conduit le doigt explorateur dans l'aisselle.

Là on trouve un ou plusieurs ganglions placés contre le thorax, plus ou moins développés, mais durs et mobiles, tout-à-fait caractéristiques ; l'exploration des régions ganglionnaires voisines, négative au début, pourra, à une période plus avancée, révéler l'existence de ganglions ayant les caractères déjà signalés.

L'état général est presque toujours bon ; s'il est troublé, ce n'est pas du fait de la lésion mammaire, et on trouvera une affection antérieure ou contemporaine dont ce trouble est tributaire. Car, c'est un fait à remarquer, le cancer du sein n'altère l'état général, qu'à une période déjà avancée de son évolution.

Mais, reprenons maintenant chacun de ces symptômes et voyons quelles modifications ils peuvent présenter, quelle est leur fréquence, et leur valeur respective.

Comme on a pu le remarquer, le début du cancer du sein est insidieux, et c'est habituellement par hasard que le malade constate l'existence de sa tumeur mammaire. Celle-ci constitue, à elle seule, et pendant longtemps, toute la maladie ; elle est de dimensions relativement res-

treintes, une noisette, un œuf de pigeon, disent la plupart des observations ; son peu de développement est dû à ce que, prenant naissance dans une région très pauvre en tissu adipeux, elle peut être perçue de bonne heure, contrairement à ce qui s'observe chez la femme, et aussi, de bonne heure extirpée.

Cependant elle peut acquérir un volume considérable ; certains sarcomes ont pu présenter le volume d'une tête de fœtus (l'un de nos malades était porteur d'une tumeur du volume d'un très gros poing d'adulte, (Obs. IV) ; d'autres tumeurs, compliquées de kystes, ont pu acquérir un volume analogue.

Sa *forme* n'est pas arrondie, du moins dans le sens antéro-postérieur, et lorsqu'on peut bien la délimiter, elle paraît un peu aplatie d'avant en arrière et donne l'impression d'une amande, d'un galet. Mais ses contours ne sont pas toujours aussi nettement définis, si bien que les comparaisons dont nous nous sommes servis ne lui sont pas applicables ; il peut arriver, en effet, qu'elle n'ait aucune forme déterminée et qu'elle se présente sous l'aspect d'un large empâtement, se continuant sans ligne de démarcation avec les tissus sains ; elle forme ainsi à la partie antérieure et latérale du thorax, une sorte de plastron qui lui a valu les noms de cancer en nappe, de cancer en cuirasse (V. Obs. XXIV).

Sa *consistance* est dure, élastique. Elle peut présenter avec la peau et l'aponévrose du grand pectoral, des adhérences qui modifient l'aspect de la région. Ces adhérences cutanées sont précoces ; elles existaient dans la moitié de nos 34 cas, au moment où le malade vit pour

la première fois un médecin ; par suite de ces adhérences, la peau est sillonnée de rides, impossible à plisser ; elle prend l'aspect de la peau d'orange ; quant aux adhérences profondes, elles sont rares ; car la tumeur est extirpée avant qu'elles aient eu le temps de se produire ; elles sont signalées dans trois des observations que nous rapportons (Obs. I, III et XXXIV).

Du fait de ces adhérences, le mamelon, lui aussi, subit des modifications ; il ne fait plus saillie en avant de l'aréole et peut même être attiré vers la paroi thoracique, laissant à sa place une dépression ; le mamelon est rétracté.

Cette *rétraction* s'observe dans un grand nombre de cas, et elle est signalée non seulement dans les observations de squirrhe, mais aussi dans les cas d'épithéliomas.

Elle se produit généralement lorsque la tumeur siège immédiatement en arrière du mamelon ; ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent ; cependant cette tumeur peut siéger en des points différents ; dans 11 observations où ce siège initial a été noté, Williams l'a trouvé.

8 fois central, immédiatement derrière le mamelon.

1 fois à la partie inférieure et externe.

1 fois entre le mamelon et le sternum.

1 fois en haut, entre le mamelon et le creux axillaire.

Mais la rétraction n'est pas le seul signe que l'on constate au niveau du mamelon ; celui-ci présente souvent, en effet, un suintement particulier, sans qu'il existe de traces d'ulcérations. Ce *suintement* peut parfois être le signe par lequel la maladie se révèle (Obs. III et V) ; et c'est lui qui en marque le début ; c'est la tache sanglante que

les malades aperçoivent par hasard sur leur chemise ; il ne faut cependant pas croire que cet écoulement soit toujours sanguinolent ; dans les 7 cas où il a été noté par Williams sur les 91 observations qu'il a dépouillées, il était quatre fois sanieux, deux fois puriforme, et une fois lactescent.

Dans les 34 cas que nous rapportons, cet écoulement a été signalé six fois ; quatre fois il était sanguinolent ; une fois jaunâtre et une fois semblable à du petit lait ; il est bon de faire remarquer que sur ces six cas, dans trois la tumeur était un épithélioma ; c'est ce que nous avons constaté dans les deux observations inédites d'épithélioma que nous rapportons.

Quant à la tumeur elle-même, elle peut rester longtemps stationnaire ou du moins n'augmenter qu'insensiblement de volume ; mais, et c'est là un fait particulier, brusquement, sous des influences qui nous échappent, elle acquiert rapidement un développement considérable, et s'accompagne alors des symptômes qu'il nous reste à passer en revue.

Il faut rapprocher ce fait des enseignements que nous fournit l'anatomie pathologique, qui nous montre des épithéliomas rompant les mailles du tissu conjonctif qui les environne, et se diffusant dans la région périphérique.

La *douleur* accompagne dans la moitié des cas environ, la production de la tumeur ; mais elle n'apparaît qu'à une période assez tardive. Elle ne revêt pas le caractère des douleurs lancinantes qu'on rencontre dans le cancer de la femme ; elle est, au contraire sourde, provoquée par

les frottements ou les pressions, et assez rarement spontanée.

Dans certains cas, cependant, elle peut acquérir une grande intensité, comme chez le malade de Schuchardt, ancien rhumatisant, où elles firent croire à une attaque de rhumatisme. Cette intensité des douleurs s'observe surtout lorsqu'apparaissent une ou plusieurs ulcérations de l'aréole et du mamelon.

L'ulcération a été rencontrée 16 fois par Williams sur 26 malades, au moment du premier examen ; elle existait 11 fois seulement dans nos 34 observations.

Presque toujours unique, elle est généralement peu étendue, et ses bords sont adhérents à la tumeur sous-jacente ; dans quelques cas elle a présenté un aspect fongueux, et il existe une observation de Horteloup dans laquelle, le mamelon était perdu au milieu de végétations papillaires ; dans un autre cas on a constaté une excroissance fongueuse du volume d'une châtaigne.

Quelles que soient ses dimensions, cette ulcération présente ce caractère de saigner facilement, au plus léger attouchement. La peau de la région est sillonnée de veines très dilatées et peut même, comme on l'a observé, prendre une teinte violacée et livide.

C'est généralement en même temps que l'ulcération qu'apparaît *l'adénopathie* ; ce n'est pas qu'on puisse établir un rapport, entre ces deux phénomènes, qui sont généralement indépendants l'un de l'autre ; l'une, peut en effet, exister sans l'autre, et sur les 43 cas où il a noté l'adénopathie axillaire, William a constaté que la tumeur était ulcérée dans 17 seulement ; dans les 26

autres cas, il n'y avait pas traces d'ulcération ; ajoutons en outre que sur 25 cas où il n'y avait pas d'adénite axillaire appréciable, l'ulcération a été notée 5 fois ; dans nos 11 observations où la tumeur était ulcérée, 3 fois seulement on a trouvé des ganglions dans l'aisselle.

Cette adénopathie accompagne cependant assez souvent le cancer du sein ; c'est ainsi que Williams l'a notée dans une proportion de 63 0/0 (chez la femme 80 0/0) ; nous l'avons rencontrée à peu près dans la moitié des cas. Les ganglions sont, comme dans le cancer du sein chez la femme, durs, mobiles, perceptibles le long de la paroi thoracique, et réunis parfois à la tumeur par un cordon constitué par les vaisseaux lymphatiques indurés (Obs. 15 et 16).

Les ganglions sus-claviculaires sont rarement envahis, Williams n'en cite qu'un cas, et nous en rapportons une observation personnelle (Obs. II). Mais il importe de faire observer que chez l'homme, comme chez la femme, quelque soin qu'on mette à la rechercher, l'adénite pourra passer inaperçue ; les ganglions ne sont pas toujours cliniquement appréciables, alors même qu'ils sont déjà envahis par l'infiltration cancéreuse comme le prouve l'examen histologique (Obs. 11).

C'est une particularité dont il faut tenir compte dans le traitement.

L'état général des malades atteints de cancer du sein, ne présente pas de modifications du fait de la lésion mammaire ; et la preuve c'est que certains sont porteurs de leur tumeur depuis 10 ou 15 ans sans en avoir jamais éprouvé aucun trouble ; la teinte jaune paille des cancé-

reux est rarement notée dans les observations ; ce n'est qu'à une période avancée, lorsque une ou plusieurs récidives se sont déjà produites, lorsque des dépôts métastatiques ont envahi d'autres organes, en un mot, lorsque la généralisation s'effectue, que des symptômes généraux graves apparaissent et que le malade meurt dans le marasme et la cachexie ; ce sont ces complications que nous allons étudier.

COMPLICATIONS

Les complications qui peuvent survenir durant l'évolution d'un cancer du sein peuvent toutes se résumer dans la généralisation du mal.

Dans dix autopsies d'hommes atteints de néoplasme mammaire pratiquées par Williams, il a été trouvé 7 fois des dépôts métastatiques ; soit une proportion de 70 0/0 contre 63 0/0 chez la femme ; ces dépôts étaient répartis de la façon suivante :

Les os, trois fois ;

Le foie, trois fois ;

Le poumon et la plèvre ensemble, deux fois ;

Le poumon droit seul, une fois ;

Les deux reins, une fois.

La vessie, le péritoine, le cardia, le pancréas, chacun une fois.

Dans nos 34 observations nous avons rarement trouvé des métastases contemporaines de la tumeur primitive ; la plupart sont des récidives survenues plus ou moins longtemps après l'ablation de la première tumeur mammaire : Cependant Schuchardt rapporte l'observation d'un malade. (Obs. 10), qui présentait un néoplasme du sein

droit du volume d'une noisette et qui mourut 15 mois environ après l'apparition de la tumeur, sans avoir été opéré, avec les symptômes de la cachexie cancéreuse, des douleurs très vives au niveau de la hanche gauche et des phénomènes cérébraux.

C'est à la suite de ces dépôts dans les os qu'on observe des fractures dites spontanées, tant est légère, la cause nécessaire à leur production ; elles surviennent parfois sous l'influence de la seule contraction musculaire.

Parmi les complications il faut encore décrire les lésions pleuro-pulmonaires ; ce ne sont plus ici des dépôts métastatiques.

L'existence de lymphatiques faisant directement communiquer la plèvre et le poumon avec les espaces intercostaux est venue démontrer qu'il s'agissait dans ce cas de propagation, tout à fait semblable à la propagation aux ganglions de l'aisselle. Cet envahissement pleuro-pulmonaire se manifestera par de la dyspnée, de la toux une expectoration gelée de groseille, et des signes variables d'auscultation.

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON — RÉCIDIVES

La marche de l'affection varie avec la nature de la tumeur, avec l'âge des malades et aussi avec leur état général ; c'est là un caractère commun avec le cancer du sein chez la femme ; mais elle présente dans la plupart des cas, ce caractère particulier sur lequel nous revenons, c'est que, tout d'abord très lente, presque insensible, elle s'accélère brusquement, et en 6 ou 8 mois peut aboutir à l'ulcération, à la généralisation et à la cachexie.

M. Poirier avait déjà insisté sur ce fait particulier, et il rapporte dans sa thèse 26 cas dans lesquels la marche fut rapide à partir du moment où on commença à observer le malade, alors que certaines de ces tumeurs remontaient à 9, 10, et même 15 ans. Williams a consigné dans un petit tableau que nous reproduisons, le temps qui s'est écoulé entre la première manifestation de la tumeur et le premier examen chirurgical : sa statistique porte sur 86 cas.

6 mois et moins	7 cas.
de 6 à 18 mois	29 —
de 18 à 24 —	7 —
24 à 30 —	12 —
36 à 42 —	11 —
42 à 48 —	1 —
48 à 54 —	10 —
60 à 84 —	5 —
104 mois	4 —

Dans les 32 observations que nous rapportons, cette durée a été en moyenne de 1 à 2 ans ; la durée minima a été 5 mois. (Obs. VI), la durée maxima a été 8 ans (Obs. XXX).

Mais qu'advient-il de ces malades atteints de cancer du sein? les uns, la plupart, sont opérés, d'autres refusent toute intervention ou ne sont plus opérables, au moment où le chirurgien les examine. (Obs. III.). Sur 18 cas mortels qu'a pu rassembler Williams, 5 avaient été opérés, et 13 n'avaient subi aucune espèce de traitement ; mais opérés ou non, les malades succombent à la généralisation du mal où à une maladie intercurrente ; il faut tenir compte de ce fait que ce sont presque tous des vieillards. La survie peut cependant dans certains cas être assez longue.

Williams examinant l'ensemble de ses cas arrive à cette conclusion que la moyenne de la vie après la date d'apparition du cancer était de 61 mois ; moyenne, de 8 mois plus longue que chez la femme ; dans les 5 cas opérés dont nous avons déjà parlé, la durée moyenne fut de 124 mois, et la plus longue fut de 282 mois.

Sur les 13 autres malades, non opérés, la suivie moyenne fut de 38 mois seulement.

Des 34 cas que nous avons recueillis, beaucoup sont encore trop récents pour qu'on ait encore pu noter la mort; cependant 6 de ces malades ont succombé; l'un (obs. 10.) 6 mois, l'autre (obs. 12). 2 ans 1/2 après l'apparition de la tumeur; un 3^e (obs. 28). 2 ans 3 mois, un 4^e (ob. 27), 4 ans 1/2, après la date de la première intervention; le 5^e environ 5 ans après le début probable de l'affection.

Quant au 6^e malade, (Obs. 10). il ne fut pas opéré et mourut 1 an après le début des accidents.

Toutefois, ces données ne doivent être tenues que pour très approximatives, car le début insidieux de l'affection, ne permet de la constater que longtemps après qu'elle a commencé en réalité.

Dans les cas où l'on a vu survenir la mort, elle est due, presque toujours, à la généralisation du cancer, à des métastases dans les os et dans les viscères; c'est ce qu'a noté Williams dans 7 cas sur 18 observés; les autres avaient succombé à des affections diverses; des 6 malades dont nous rapportons l'observation, 5 sont morts de cachexie, et l'autre a succombé à une méningite 15 jours après la première opération.

Ces considérations nous ont déjà fait entrevoir que malgré l'extirpation du sein, les malades n'étaient pas définitivement débarrassés de leur mal, dont les manifestations pouvaient s'exercer à nouveau sur le sein ou sur d'autres organes.

C'est qu'en effet, chez l'homme comme chez la femme,

les récidives du cancer du sein sont fréquentes. Chez presque tous les malades qui ont pu être suivis, on a constaté cette récidive.

La fréquence et la date d'apparition de ces récidives sont tributaires de la nature de la tumeur ; les sarcomes ayant moins de tendance à récidiver que les autres tumeurs surtout le carcinome ; un sarcome enlevé il y a 3 ans par M. Potherat n'a pas encore présenté de récidive (Obs. IV).

Williams recherchant l'intervalle compris entre la première opération et la première récidive, arrive aux résultats suivants.

Moyenne 9 mois 7 (26 mois chez la femme).

Maximum 32 mois 5 —

Minimum 1 mois 1/2 —

Nous-même l'avons rencontrée dans 7 cas seulement, la plupart des observations ayant été publiées après la première opération.

Elle est survenue 2 fois, 2 mois, 2 fois, 6 mois, 1 fois, 2 ans, 1 fois, 2 ans 1/2, 2 fois, 4 ans après la première intervention.

Une seconde opération ne met pas encore le malade à l'abri ; témoin le malade de Berns, (Obs. 12) qui fut opéré 2 fois, et celui de M. Potherat qui avait subi 4 opérations, et qui mourut 4 mois après la dernière.

Mais où siègent ces récidives ? La plupart sont locales et la cicatrice de la première opération en est le siège habituel (Obs. 1. 12. 25. 30) ; en second lieu, viennent les

ganglions axillaires, même dans les cas où on a pratiqué le curage de l'aisselle (Obs. XXVII) ; sur 2 cas où Williams l'a notée en ce point, 1 fois le curage avait été pratiqué, une autre fois il ne l'avait pas été.

Le sein du côté opposé est aussi un des lieux de prédilection de la récurrence ; Williams l'y a rencontré 2 fois, et l'observation de Courtade, nous en fournit un bel exemple (Obs. 6).

Il faut enfin signaler comme sièges des récurrences, les os qui sont atteints, d'après Williams, dans une proportion de 30 0/0.

La proportion nous paraît un peu élevée, car nous n'avons trouvé qu'une observation de récurrence osseuse, dont le siège était la clavicule et le sternum. Williams en rapporte cinq observations. (*Lancet*, 1889).

La tumeur récidivante présente-t-elle, les caractères de la tumeur primitive ? C'est généralement ce qui a lieu, mais on a cité des cas dans lesquels la récurrence avait modifié la nature de la tumeur primitive. M. Poirier cite deux observations dans lesquelles deux squirrhes récidivèrent sous la forme d'encéphaloïdes.

Comme on le voit, si les récurrences sont presque la règle dans le cancer du sein de l'homme, il n'y a rien de fixe quant à leur date d'apparition, leur nombre, leur siège et même leur gravité, car chacune d'elles est sous l'influence d'une cause plus élevée, la nature de la tumeur. Il importe donc non seulement de distinguer un néoplasme mammaire des autres tumeurs du sein, mais encore de différencier ce néoplasme, d'établir si on est en présence d'un carcinome, d'un épithéliome ou d'un sarcome, de faire, en un mot, un double diagnostic.

DIAGNOSTIC

Dans la plupart des cas le diagnostic ne présentera pas de grandes difficultés surtout si on observe le cancer, à une période assez avancée de son évolution ; mais il est certaines lésions du sein, avec lesquelles il présente des analogies et avec lesquelles on a pu le confondre, je veux parler des affections chroniques de la région : de la tuberculose et de la syphilis.

Nous pouvons passer rapidement sur les abcès froids costaux que la fluctuation et leur évolution feront reconnaître, sur les mammites chroniques, si rares chez l'homme, sur les kystes hydatiques exceptionnels aussi, et dont le diagnostic très difficile sera éclairé, par le secours de la ponction.

Les lésions tuberculeuses nous arrêteront plus longtemps ; la tuberculose peut, en effet, se présenter dans le sein de l'homme, sous la forme d'une petite tumeur, mal délimitée, il est vrai, mais indolente, datant de trois ou quatre mois ; ou bien sous forme d'un empâtement diffus qui peut faire penser à un cancer en nappe, chacune de ces variétés de lésion s'accompagnant d'adénopathie axillaire. A n'envisager que la lésion mammaire, le diagnos-

tic serait quelquefois impossible, et c'est aux ganglions qu'il faut s'adresser ; s'il s'agit de tuberculose l'adénite aura précédé la lésion du sein dans la majorité des cas ; si elle n'est apparue qu'après elle fournira encore des renseignements précieux ; ce ne sera plus, comme dans le cancer, un ou plusieurs ganglions, durs, peu volumineux, mobiles, ne s'accompagnant pas de péri-adénite ; ce sera un vaste empatement de tout le creux axillaire dans lequel il sera possible de délimiter deux ou trois gros ganglions, de consistance peu ferme, adhérents entre eux, et au tissu périphérique.

C'est là un signe, qu'il sera bon de rechercher avec soin, car la présence du petit cordon induré unissant le sein au creux axillaire est loin d'être pathognomonique d'une lésion tuberculeuse ; M. Delbet y attache avec raison une grande importance ; mais on le rencontre dans le cancer ; M. Poirier l'avait déjà noté, et nous même l'avons trouvé signalé dans deux observations. (Obs. 15 et 16).

Les antécédents personnels et familiaux du malade, la recherche, sur les autres parties du corps et dans les viscères, d'autres manifestations tuberculeuses pourront éclairer le diagnostic.

Le chancre syphilitique du sein, avec sa base indurée et son ulcération, pourrait être pris pour un néoplasme ; mais l'adénite axillaire aura suivi de quelques jours l'apparition de la lésion mammaire qui remontera elle aussi à très peu de temps ; les habitudes et les antécédents du malade devront être recherchés.

Les gommes syphilitiques du sein seront plus difficiles

à distinguer, surtout à la période où elles s'accompagnent d'adhérences et d'engorgement ganglionnaire ; aucun signe objectif ne permet d'éviter l'erreur, et c'est à l'évolution de la lésion qu'on devra s'adresser ; l'adénite et les adhérences seront plus précoces que dans le cancer, car elles existent au deuxième ou au troisième mois ; mais il faudra surtout rechercher si pareille lésion ou un autre accident syphilitique, n'existe pas ou n'a pas existé sur quelque autre partie du corps ; c'est la constatation d'une gomme du mollet qui a arrêté Richet au moment où il se disposait à amputer un sein qu'il croyait atteint de cancer ; il est vrai d'ajouter qu'il s'agissait d'une femme.

On pourra en outre soumettre la malade au traitement spécifique, mais pendant un temps relativement court ; dans deux cas l'administration des mercuriaux a révélé une erreur de diagnostic (Yvaren. *Métamorphoses de la syphilis*.).

Les tumeurs bénignes du sein seront encore plus difficiles à distinguer ; la lenteur de leur évolution, leurs limites bien nettes, leur mobilité sur les plans superficiels et profonds plaideront en faveur d'un fibrome ou fibroadénome ; mais il ne faudra pas oublier que le cancer au début peut présenter ces caractères, et que, chez l'homme, comme chez la femme, ces tumeurs bénignes peuvent donner naissance à de véritables carcinomes ; la possibilité de ces transformations évitera de chercher plus longtemps à établir un diagnostic souvent impossible.

Mais parmi les diverses variétés de tumeurs malignes que nous avons étudiées, sera-t-il possible de distinguer en présence de laquelle on se trouve ? Le sarcome plus

volumineux, à évolution plus lente, parfois sans adhérences à la peau, et sans ulcération, pourra dans certains cas être diagnostiqué; mais l'épithélioma et le carcinome seront plus difficiles à différencier, bien que l'écoulement par le mamelon appartienne surtout au premier, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

Enfin, ce dont le chirurgien devra se préoccuper, c'est de la recherche des ganglions envahis, et de celle des lésions à distance, car c'est sur ces éléments que reposent le pronostic et l'indication opératoire.

PRONOSTIC

Le cancer du sein, abandonné à lui-même, suit avons nous vu, une marche rapide et presque régulièrement fatale (Obs. X) ; le pronostic en est donc franchement mauvais, et malheureusement le traitement, si radical soit-il, est loin de le rendre favorable.

En effet, malgré quelques cas heureux où il n'y a pas eu de récédive, et où la survie a été considérable, un grand nombre de malades succombent, dans des délais que le traitement peut prolonger, il est vrai, à la généralisation du mal.

Horteloup et M. Poirier pensent que toutes les variétés de tumeurs malignes peuvent se rencontrer dans le sein de l'homme, mais que c'est en général sous leurs formes les moins mauvaises ; c'est aussi notre manière de voir, et nous pensons avec la plupart des auteurs, que le pronostic est plus favorable chez l'homme que chez la femme, la survie étant de 8 mois en moyenne plus longue chez le premier.

Cette différence tient sans doute à la marche, très lente au début, du cancer du sein chez l'homme, et aussi à ce

que, évoluant dans une région facilement accessible, la tumeur est plus tôt perçue et plus tôt extirpée.

Dans le pronostic on devra aussi tenir compte de la nature de la tumeur lorsqu'on aura pu la diagnostiquer, le carcinome étant la tumeur la plus maligne, et le sarcome le moins grave.

TRAITEMENT

Quel sera donc ce traitement susceptible de modifier, au moins pour un temps, le pronostic ?

Dès que le diagnostic de tumeur maligne du sein sera posé, on ne devra pas s'attarder aux applications d'emplâtre de Vigo, aux cautérisations, comme le fait a été signalé (Obs. II et XIX); une seule conduite s'impose, c'est l'ablation aussi complète que possible; et même lorsque le diagnostic est hésitant entre un cancer et une tumeur bénigne, c'est encore à ce dernier parti qu'il faut se ranger, il n'est pas nécessaire d'attendre d'avoir la justification d'un diagnostic qui serait une satisfaction pour le chirurgien, mais qui serait certainement nuisible au malade.

S'il y a des ganglions axillaires l'incision devra être prolongée jusqu'à eux, et ils devront être extirpés. Si la palpation ne révèle l'existence d'aucun ganglion envahi, devra-t-on les respecter? La clinique nous a appris que dans les cas où on avait de parti pris pratiqué le curage de l'aisselle, on avait trouvé des ganglions inappréciables à la palpation et déjà envahis. (Obs. XI et XXXI)

Il s'ensuit donc que le curage de l'aisselle sera le complément nécessaire de l'extirpation du sein.

Pour cela il sera bon, comme le fait remarquer M. Kirrison, de laisser la glande appendue au pédicule celluloso-adipeux qui conduit aux ganglions axillaires et qu'il faut bien se garder de sectionner pour éviter toute chance de greffe ; la présence du cordon formé par les lymphatiques indurés peut être d'un précieux secours (Obs. XV)

Aussi longtemps que l'envahissement limité des ganglions le permettra, si toutefois il coexiste, on devra, par l'opération poursuivre les récidives. Mais dès que cet envahissement ganglionnaire sera tel, que l'opérateur aura la conviction de ne pouvoir enlever la totalité des glandes atteintes (Obs. III personnelle), il devra s'abstenir et instituer un traitement général dont l'arsenic sera la base.

Localement, on évitera les frottements et les compressions ; et les ulcérations seront traitées antiseptiquement, en évitant toutefois les caustiques et les irritants.

Alors que l'opération est jugée impossible, ce traitement, local et général à la fois, peut permettre une certaine survie ; il convient donc de ne pas négliger les ressources qu'il procure dans les cas désespérés.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du sein chez l'homme est rare, bien que les recherches contemporaines tendent à en diminuer la rareté.

2° Il apparaît à un âge avancé.

3° Toutes les variétés de tumeurs ont été observées, ce sont dans leur ordre de fréquence, le carcinome, l'épithélioma, le sarcome.

4° L'évolution est relativement lente surtout à la période de début ; la récurrence est la règle, mais la survie est considérable comparativement à ce qu'on observe chez la femme ; la généralisation est tardive.

5° Le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés ; il est, dans tous les cas, plus facile et plus précoce que chez la femme.

6° Aussi longtemps qu'il pourra être utilement employé, le traitement chirurgical est le traitement de choix. Un traitement médical et local pourra rendre des services dans les cas où l'intervention n'est plus de mise.

OBSERVATIONS

Observation 1 (inédite).

Pierre G..., 57 ans, présente une tumeur du sein droit qui avait débuté pour la première fois, 4 ans auparavant.

Opérée une première fois par le docteur Gillette, elle ne tarda pas à récidiver; et, dans l'espace de 4 ans, le malade avait été opéré trois fois, toujours par le même chirurgien qui, sans examen histologique, avait porté le diagnostic de cancer.

La troisième opération, qui datait de six mois environ, avait été suivie d'une récidive presque immédiate, et cette récidive constituait une tumeur déjà d'un volume appréciable, au moment où le malade fut observé par le docteur Potherat en 1885.

La tumeur occupe la partie antérieure du quatrième espace intercostal ; un peu au-dessous d'elle et jusqu'au devant d'elle se voient les cicatrices blanches, étalées, des opérations antérieures qui ont été suivies de suppuration et dans lesquelles le mamelon a disparu.

Cette tumeur un peu irrégulière a le volume d'une forte mandarine ; elle est dure, ligneuse, un peu rénitente cependant en quelques points. Nulle part ramollie ou fluctuante.

Elle adhère partout, et dans la profondeur, au muscle grand pectoral, et superficiellement, à la peau qui est tendue, luisante,

un peu bleuâtre. Le système veineux de la région est très développée, surtout vers la partie supérieure du thorax, beaucoup plus, en tous cas, que du côté opposé.

Dans l'aisselle correspondante, il existe une masse irrégulière, indolente, dure, présentant en un mot par son siège, par sa marche et sa forme, tous les caractères d'une adénopathie carcinomateuse; il existe même quelques ganglions appréciables dans les régions sous-claviculaires et sus-claviculaires.

Le malade accuse des douleurs intermittentes dans le membre supérieur droit, mais il n'y a pas d'œdème appréciable.

Le sujet, qui n'a d'ailleurs jamais été bien gras, accuse un amaigrissement progressif; toutefois son aspect extérieur n'a rien de cachectique, et les fonctions digestives sont satisfaisantes.

Malgré les mauvaises conditions anatomiques, et sur les pressantes réclamations du malade, Gillette opère le malade pour la quatrième fois; il enlève la masse thoracique qui adhérait, dans la profondeur, jusqu'au périoste de la quatrième côte, il vide l'aisselle de la masse qui la remplissait, mais laisse les ganglions plus haut situés; en raison de la large ablation cutanée, la réunion immédiate ne pût être tentée.

Cette intervention ne ralentit pas l'évolution du mal; de nouvelles masses apparurent au voisinage de la plaie non encore cicatrisée, en même temps que la toux et une expectoration gelée degroseille faisaient soupçonner un envahissement pleuro-pulmonaire, que confirmait l'auscultation, et auquel le malade succomba quatre mois environ après cette quatrième opération.

Les pièces provenant de cette dernière opération avaient été soumises à un examen histologique qui montra qu'il s'agissait d'un carcinome.

Observation 2 (personnelle)

Recueillie à l'hôpital St-Antoine, service de M. Blum suppléé

par M. Potherat.

B..., F. 66 ans. Commerçant en vins. Rien à noter dans ses antécédents.

Il y a trois ans, a ressenti, au niveau du mamelon droit, des douleurs, qu'il compare à des picotements d'aiguilles, survenant surtout la nuit, et durant plusieurs heures ; un an après environ, il remarque sur sa chemise de petites taches au niveau du mamelon ; ces taches, sans coloration définie tout d'abord, devinrent franchement sanglantes, et se reproduisirent à peu près une fois par mois ; les douleurs augmentèrent d'intensité, si bien que le malade ne pouvait rester au lit ; les mouvements du bras devenaient difficiles et douloureux et provoquaient des hémorrhagies mamelonnaires.

Vu par M. Potherat il y a trois ans, il présentait, au niveau du sein droit, un petit galet aplati, mobile sur les parties profondes et sous la peau. Pas de ganglions axillaires. L'intervention proposée n'est pas acceptée.

Les signes étaient à peu près les mêmes, au mois de mars 1895, sauf une légère augmentation de volume de la tumeur. Nouvelle proposition d'opération, nouveau refus.

Depuis cette époque, la tumeur a fait des progrès très rapides, les douleurs sont devenues intolérables et les hémorrhagies plus fréquentes. Le malade entre à l'hôpital Saint-Antoine.

Etat actuel. — Mamelon droit : on voit une tumeur, du volume de la moitié d'une noix ; elle est rouge, mamelonnée, rappelant assez bien l'aspect d'une framboise. Peu douloureuse spontanément, elle le devient à la pression. Dure, adhère-

reste à la peau, molle sur les parties profondes ; dans l'aisselle, on en deux petits ganglions roulant sous le doigt.

14 avril 1886. — Ablation de la tumeur. Curage de l'aisselle. Réunion par première intention.

Le malade quitte l'hôpital, guéri, 16 jours après.

Examen histologique. — La tumeur est formée de travées conjonctives, circonscrivant des alvéoles remplies de cellules épithéliales, différemment réparties.

Dans certaines alvéoles, elles sont nettement séparées de la paroi, et bien que réunies les unes aux autres, elles rappellent le type du carcinome.

Dans d'autres, elles adhérent le type de l'épithélioma tubulé : des bandes épithéliales, s'envaguant dans les aréoles, se renferment et se rejoignent un certain nombre de fois sur eux-mêmes.

Les cellules qui les constituent appartiennent par la périphérie au morphotype cylindrique ; celles du centre, tassées les unes contre les autres, sont polyédriques ou arrondies.

Enfin certaines alvéoles sont tapissées par une double et parfois triple assise de cellules, dont la disposition rappelle l'épithélioma métatypique de Ranvier.

Les vaisseaux sont assez rares dans la tumeur. Ces vaisseaux sont remplis entre eux par le tissu fibreux à mailles lâches, ayant tendance à se séparer les uns des autres et à prendre le type du myxome.

En résumé : Epithélioma tubulé.

Le malade n'a récemment ni présenté pas de récurrence.

Observation 3 (personnelle).

Recueillie à la Salpêtrière dans le service de M. le Dr Potherat.

H .. 73 ans, entre le 26 juillet 1897 à la Salpêtrière. Aurait reçu en 1872 un coup de tête de cheval dans la région mammaire gauche.

Longtemps après, a apparu un écoulement sanguinolent par le mamelon; et il y a environ 2 ans 1/2, c'est-à-dire environ six mois après, une tumeur est apparue au niveau du sein droit, tumeur qui n'a pas tardé à s'ulcérer, en même temps que des masses ganglionnaires apparaissaient dans l'aisselle correspondante.

C'est un homme assez robuste quoique un peu amaigri; sans antécédents héréditaires ou personnels.

La tumeur du sein droit est du volume d'une noix, ulcérée, saignant facilement, d'autant plus que cet homme la frotte et la gratte sans cesse; la peau qui va de la tumeur au creux axillaire est parcheminée, et dessine un pli très profond sur tout son trajet.

La tumeur du sein gauche est multilobée, d'un rouge bleuâtre, muriforme, mais non ulcérée; elle est adhérente à la peau et aux plans profonds. Les ganglions axillaires sont envahis.

M. Potherat porte le diagnostic de : Epithélioma des deux seins. En raison de l'extension des lésions, l'intervention est rejetée et on institue un traitement médical à l'arsenic, pendant qu'on fait l'antisepsie de la plaie du sein droit.

Observation 4 (personnelle).

Jules C., bourrelier, 48 ans, se présente en mars 1895, à l'examen du Dr Potherat pour une *grosseur* que, dit-il, il porte au niveau du sein droit. C'est un homme de médiocre aspect, mais sans apparence cachectique et dans les antécédents duquel nous ne trouvons rien qui mérite d'être noté au point de vue de l'affection actuelle.

Celle-ci aurait débuté douze à quinze mois auparavant, peut-être davantage ; le malade ne peut préciser. Lorsqu'il s'en est aperçu d'une façon nette pour la première fois, il a constaté très exactement au niveau de l'aréole droite une « boule » du volume d'une petite noix, paraissant siéger sous la peau et roulant sous le doigt ; il n'y attacha pas tout d'abord d'importance, mais bientôt il dut reconnaître que la masse augmentait de volume et d'une manière continue jusqu'au point d'atteindre un volume vraiment important.

Toutefois, n'en souffrant pas du tout, il ne fit aucun traitement jusqu'à ces derniers quinze jours, où ayant appliqué une pommade fournie par un guérisseur, la peau s'est ulcérée au sommet de la tumeur, de la suppuration s'en est suivie, des douleurs sont survenues et surtout il se fait de temps à autre un écoulement sanguin assez abondant pour inquiéter le malade.

A l'examen, on constate, dans la région mammaire droite, une tumeur saillante, du volume d'un très fort poing d'adulte.

Le mamelon est situé à la partie inférieure et interne de cette tumeur qui, dans son développement, semble vouloir se porter en dehors et en haut. Cette tumeur est irrégulière, bos-

selée, comme formée de plusieurs masses conglomérées, mais ayant toutes le même aspect, à savoir : une consistance molle, élastique, uniforme, sans adhérences à la profondeur, sans adhérences à la peau, qui, quoique lisse et tendue, peut facilement être pincée au devant de la tumeur, sauf au sommet même où il existe une ulcération un peu irrégulière, de l'étendue d'une pièce de 5 francs, quelque peu sanieuse et au niveau de laquelle, si l'on frotte un peu, on fait sourdre du sang, de nombreux petits vaisseaux.

A la périphérie de la tumeur, la peau est sillonnée de vaisseaux bleuâtres très apparents ; l'exploration de l'aisselle correspondante ne révèle l'existence d'aucun ganglion.

L'examen du reste du corps, ainsi que celui des viscères est absolument négatif.

Il n'existe d'ailleurs aucun trouble organique, sauf une légère sclérose artérielle.

L'opération proposée est acceptée et pratiquée par le Dr Potherat, qui avait porté le diagnostic de sarcome.

La tumeur fut enlevée en totalité, avec un large lambeau de la peau qui la recouvrait, y compris l'aréole et le mamelon. La tumeur était parfaitement libre et encapsulée sous la peau ; nulle part adhérente. Néanmoins, le tissu cellulaire sous-cutané de la région fut enlevé. Grâce à une mobilisation autoplastique de deux lambeaux, la plaie put être complètement oblitérée ; les suites furent des plus simples ; il y eut une réunion immédiate complète ; et depuis lors le malade a conservé une parfaite santé sans trace de récidive.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire.

Observation 5 (inédite).

(Recueillie dans le service de M. le D^r Reclus).

H..., 64 ans, ancien officier, bien portant jusqu'à ce jour. Habitué à porter des chemises de flanelle, s'aperçoit en quittant une chemise empesée, que, par son mamelon gauche, s'écoule un liquide sanguinolent ; il entre le 8 décembre 1897 à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le D^r Reclus. On constate au niveau du sein gauche, une tumeur assez bien limitée, du volume d'un œuf de pigeon ; cette tumeur est mobile sur l'aponévrose du grand pectoral. Elle est adhérente au mamelon qu'elle suit dans les mouvements qu'on lui imprime. La pression fait sourdre un liquide séro-sanguinolent. Cette tumeur est indolore et la peau qui la recouvre est intacte ; l'aisselle présente quelques ganglions réunis en une seule masse. L'état général est excellent.

Opération le 9 décembre. Incision en requette.

Ablation de la tumeur. Curage de l'aisselle.

Macroscopiquement elle paraît être un épithélioma ; elle renferme un kyste présentant à son intérieur une végétation ulcérée, cause du suintement mamelonnaire,

Suites de l'opération, normales ; le malade quitte l'hôpital guéri, le 14 décembre.

Observation 6 (résumée).

Courtade. *Union médicale*, 1885, p. 1070-73.

D..., scieur de pierres, 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis. Rien à noter dans ses antécédents personnels ou familiaux.

Il y a cinq mois, a découvert sur le sein droit une petite induration ; il a été amené à cette constatation, par des douleurs qu'il ressentait, sous l'influence des frottements auxquels l'exposait sa profession. La tumeur qui avait, au début, le volume d'une petite noisette, s'accroît de plus en plus, surtout depuis deux mois.

Il entre à l'hôpital le 23 février. On constate sur le sein droit l'existence d'une petite tumeur arrondie, du diamètre d'une pièce de deux francs. Elle est sous-jacente au mamelon qui ne présente aucune modification apparente ; il est impossible de plisser la peau de l'aréole. Ces douleurs ne surviennent que sous l'influence de la pression et des frottements. Par la pression, on fait sourdre quelques gouttes d'un liquide ressemblant à du petit lait.

L'ablation du sein est pratiquée et le malade sort guéri trois semaines après.

Il revient cinq semaines plus tard, et dit que, depuis une quinzaine de jours, son sein gauche est devenu douloureux.

On constate au niveau du sein gauche une bosselure arrondie, du diamètre d'une pièce de deux francs. La pression sur le mamelon fait perler quelques gouttes d'un liquide un peu trouble ; peau normale, mamelon adhérent à la tumeur.

Ablation, guérison 10 jours après.

L'examen microscopique des deux tumeurs fournit les mêmes résultats.

Dilatation considérable des conduits excréteurs qui sont tapissés par une couche épithéliale très épaisse ; leur paroi conjonctive est rarement respectée ; presque partout elle est envahie par la prolifération épithéliale ; les cellules qui font irruption dans le tissu conjonctif péri-acineux appartiennent au type cylindro-cubique ; les plus avancées sont arrondies et pourvues d'un ou plusieurs noyaux.

Les conduits excréteurs ont leur centre occupé par des granulations produites par la désintégration des cellules dégénérées.

Le tissu conjonctif péri-acineux ou péri-canaliculaire ne présente pas d'autre altération ; pas de traces d'inflammation récente.

Pas de vascularisation anormale, peau saine ; les glandes sébacées de la région ne sont le siège d'aucune lésion.

Observation 7 (résumée)

Courtade. *Union médicale*, 1885, p. 1070-73.

P. J..., serrurier, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 15 décembre 1883, pour une affection du sein.

Ses antécédents héréditaires sont négatifs ; il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Il y a quatre mois, il a commencé à éprouver des douleurs lorsque, en travaillant, ses vêtements venaient à frotter le sein gauche. Il n'attachait point d'importance à cette tumeur passagère, lorsqu'il y a deux mois, il a remarqué sous le mamelon une tumeur grosse comme une noisette. Comme cette tumeur s'accroissait et que les douleurs devenaient plus vives, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on lui applique sur le sein un emplâtre de Vigo et on lui donne 2 grammes d'iodure de potassium.

Les douleurs sont un peu moins vives et la douleur semble avoir un peu diminué, mais il faut remarquer que le malade ne travaille pas et que son sein est mis à l'abri des frottements par un pansement ouaté.

A l'examen, on constate l'existence d'une petite tumeur que

l'on peut limiter avec les doigts, quant au diamètre, qui est environ de 2 cent. $1/2$.

La pression d'avant en arrière fait constater une augmentation dans l'épaisseur du sein ; la tumeur est sous-jacente au mamelon qui en forme le centre, sans pour cela être déformé ; la peau, au niveau de l'aréole, ne présente aucune altération appréciable.

L'exploration et le froid déterminent quelques douleurs lancinantes ; le traitement primitif est continué, mais la tumeur reste à peu près stationnaire, bien que plus difficile à limiter qu'auparavant. Ces douleurs ayant augmenté d'intensité, M. Reynier pratique l'ablation de tout le sein, tout en conservant la peau.

Réunion immédiate. Pansement de Lister. Guérison lente.

Examen histologique. — Au milieu d'un tissu conjonctif très dense, on aperçoit l'orifice des conduits galactophores qui sont sinueux, dilatés, déformés par des prolongements irréguliers ; on trouve partout une couche épithéliale, continue, plus ou moins épaisse, mais aucun de ces acini n'est bourré de cellules, de sorte que le centre est vide.

Le tissu conjonctif péri-acineux présente, en certains points, une infiltration de cellules tout à fait anormale, dont le maximum correspond au pourtour d'un conduit.

La paroi conjonctive de ce dernier, intacte en beaucoup de points, a été envahie et détruite en d'autres par la prolifération de l'épithélium qui le tapisse.

Les variétés d'épithélium que l'on observe se rapportent à la forme cylindro-cubique ; on en trouve plusieurs couches, dont la plus externe se compose de cellules plus arrondies pourvues d'un gros noyau.

Pas d'augmentation notable du diamètre, ni du nombre des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Observation 8 (résumée).

Burling. *British. M. J.* 1887.

Burling présente à la Société médicale de Midland un malade de 47 ans, qui 5 ans avant, consécutivement à une brûlure, avait ressenti de vives douleurs au niveau du sein gauche ; sa main y décéla la présence d'une petite tumeur assez dure ; celle-ci augmenta très lentement, et il y a environ 18 mois apparut au même niveau une ulcération ; il y avait de l'adénite axillaire.

Au travers de cette ulcération on put enlever un fragment de la tumeur dans lequel le microscope découvrit la structure du carcinome.

Observation 9 (résumée).

Gars, *J. des Sc. M. Lille*, 1887.

H..., 65 ans, présente une tumeur du sein droit qui provoque des douleurs s'irradiant dans l'épaule. Il a toujours eu les seins très développés.

Il y a 20 ans, dit-il, il sentit des picotements au niveau des seins ; mais depuis 17 mois seulement il éprouve des douleurs lancinantes, dont le début est consécutif à une chute.

Pas d'antécédents cancéreux.

A l'examen on voit le mamelon fortement rétracté, au fond d'un infundibulum, formé par la peau capitonée. On sent, à la pression une masse ovoïde, à grand axe transversal, bosselée, du volume d'une grosse noix.

Dans le creux de l'aisselle, on trouve un petit ganglion dur et mobile.

La tumeur est enlevée en même temps que les ganglions atteints; des fourmillements dans le bras suivirent l'opération, car un filet du brachial cutané avait été pris dans la cicatrice.

Examen histologique. — La tumeur est formée d'alvéoles, limitées par du tissu conjonctif et renfermant des cellules épithéliales à noyau volumineux. Sur certains points, le tissu conjonctif est infiltré de cellules épithéliales embryonnaires, dont volume et le nombre atteignent le maximum à la périphérie.

L'épiderme n'est pas modifié, il ne pousse aucun prolongement à l'intérieur de la tumeur.

Sur une coupe tangentielle à la mamelle, on trouve comme des tubes glandulaires, coupés soit perpendiculairement, soit parallèlement à leur axe. Ils sont limités par une paroi conjonctive, et leur revêtement épithélial se compose de cellules cubiques, à noyau sphéroïdal et volumineux, vivement coloré.

Il s'agit donc d'une tumeur épithéliale atypique, d'un carcinome.

Observation 10 (résumée).

Bernh. Schuchardt. *Arch. de Langenbeck*, 1887.

H..., 54 ans, sans antécédents personnels.

Le père et la mère du malade sont morts très vieux; de quatre sœurs l'une est morte à 33 ans de cancer du sein.

Le 7 août. — Le malade constate pour la première fois que son sein droit est gros, mais il ne peut préciser le début de cette augmentation de volume; les deux mamelles sont déme-

surément grosses, pour un homme ; la tumeur avait le volume d'une noix ; elle était dure, unie, insensible à la pression ; pas d'altérations de la peau, mais on constata un groupe de ganglions engorgés dans l'aisselle. On porte le diagnostic de carcinome mammaire ; le malade, malgré les conseils qu'on lui donne, se refuse à l'opération.

Au printemps suivant il revient ; la tumeur avait plus que doublé de volume, la peau était ulcérée, l'adénite axillaire avait fait des progrès, et quelques ganglions cervicaux paraissaient envahis.

L'opération parut alors contre-indiquée ; dès ce moment la tumeur prit un développement énorme, dans la mamelle et dans l'aisselle, gênant la circulation du bras ; des douleurs apparurent et la cachexie commença à se manifester.

Le malade mourut au mois de décembre après avoir présenté de vives douleurs au niveau de la hanche gauche, en même temps que des phénomènes cérébraux établissaient la participation du cerveau et de ses enveloppes.

Observation 11 (résumée).

B. Schuchardt. *Arch. de Langenbeck*, 1887.

O. H..., 52 ans, sans antécédents héréditaires, entre à l'hôpital de Brunswick pour une tumeur du sein droit, qui, depuis 6 mois, a passé de l'état de noyau à peine appréciable à un volume supérieur à celui d'une noix, sans déterminer aucune douleur. L'état général est bon.

La tumeur siège en dehors et au-dessus du mamelon, qui est déprimé ; elle est recouverte d'une peau normale qui se laisse déplacer sur elle, mais ne se laisse pas plisser ; elle est un peu

plus grosse qu'une noix, dure, arrondie, mobile sur les parties profondes, et indolore. Pas de ganglions.

L'opération est pratiquée, on fait systématiquement le curage de l'aisselle où on trouve un ou deux petits ganglions macroscopiquement sains.

La tumeur fut assez facile à extirper ; la coupe en est d'un blanc rougeâtre, ne fournissant pas de suc cancéreux ; hémorrhagie abondante, suture, drainage, réunion par première intention, mais 3 jours après le malade fut pris de délire, d'insomnie ; il survint de l'hyperesthésie et d'autres signes non douteux de méningite.

Mort 14 jours après l'opération. L'autopsie démontra que la méningite suppurée avait été la cause probable de la mort.

L'examen microscopique donna les résultats suivants, carcinome riche en cellules avec des alvéoles de volume variable très serrées ; le ganglion a, en partie, subi la dégénérescence cancéreuse.

Observation 12 (résumée).

Berns. *British. M. J.*, 1887.

H..., 42 ans ; pas d'antécédents héréditaires ; obèse, rhumatisant ; dès sa jeunesse, les seins avaient acquis un développement considérable ; il a noté un traumatisme du sein droit, à ce moment ; il se présente à la consultation pour une tumeur qu'il a remarquée depuis quelque temps.

Les seins sont très développés et ressemblent à de puissantes mamelles de femmes.

Sein droit. — Diamètre horizontal..... 19 centim. $\frac{1}{2}$

— Diamètre vertical..... 16 centim.

Sein gauche. — Diamètre horizontal... 17 centim.

— Diamètre vertical..... 14 centim.

Le mamelon droit était rétracté et la peau adhérente à la tumeur, qui, dure, à surface plane, de forme ovalaire, était mobile sur le grand pectoral; pas d'adénite axillaire. Le diagnostic fut carcinome du sein.

L'opération fut pratiquée et à la demande du malade on extirpa aussi la mamelle saine. Les deux seins réunis pesaient 2 kilogr. 1/2.

Les suites de l'opération furent normales et le malade sortit le 12^e jour, à peu près guéri.

Il revint 5 mois après, avec une récurrence locale au-dessus et au-dessous de la cicatrice; cette tumeur n'était plus mobile sur les tissus profonds, et on trouva dans la peau plusieurs petits nodules de forme variable.

L'incision pratiquée fut assez large pour permettre d'enlever tous les tissus malades; la réunion immédiate fut impossible à tenter, mais la guérison quoique un peu lente fut complète en trois semaines.

Un an après, nouvelle récurrence qui est opérée aussi, mais quelques mois après, une récurrence plus étendue survint; les ganglions axillaires étaient sains; mais la clavicule et le sternum étaient intéressés; on tenta encore une nouvelle opération, malgré de vives douleurs qu'on avait prises pour des douleurs rhumatismales (le malade était rhumatisant), mais le malade succomba quelques jours après, avec des symptômes d'œdème pulmonaire.

La tumeur était coupée de fortes travées de tissu conjonctif, entre lesquelles on voyait des alvéoles, remplies de cellules polymorphes; ces cellules étaient entourées de gouttelettes grasses, et contenaient de gros noyaux sphériques avec nucléole apparent; on rencontrait aussi des acini remplis de cellules cylindriques, et un petit nombre de kystes contenant une masse caséiforme, avec des gouttelettes grasses.

On avait donc affaire à une carcinome de la mamelle, avec squirrhe alvéolaire.

Observation 13. (Résumée)

(Hume, *Medical, Press and circular*, 1888).

H... 55 ans, porteur, depuis longtemps, d'une tumeur du sein gauche; il y a trois mois, cette tumeur a rapidement pris un volume considérable, en même temps qu'apparaissaient des douleurs; jusqu'à ce moment il avait joui d'une santé excellente, et on ne retrouve, dans son histoire familiale, de diathèse d'aucune sorte.

La tumeur est située en dehors de l'aréole; elle est dure, nettement circonscrite, et de forme à peu près circulaire; elle est adhérente à la peau, mais mobile sur les parties profondes; les ganglions axillaires sont augmentés de volume, mais il n'y a pas d'adénite sus-claviculaire.

Le mamelon et l'aréole sont intacts, de même que le sein du côté opposé. L'état général est bon.

Opération. — Extirpation de la tumeur. Curage de l'aisselle.

Examen histologique. — Squirrhe.

Le malade a été revu deux mois après, et il ne présente aucun trouble du côté du sein.

Observation 14 (résumée).

Porvers. *Méd. R. N. Y.* 1888. P. 4833.

H. 70 ans; pas d'antécédents héréditaires; il y a environ 18 mois, fit une chute sur le côté droit, dans laquelle il se contu-

sionna le bras et la région mammaire. Un an après, apparut une petite tumeur; à l'époque où il fut examiné, cette tumeur représentait environ la moitié du poing d'un homme; elle était située en haut et en dehors du mamelon, bien limitée et d'une consistance ferme; la peau du mamelon était rétractée; et les ganglions axillaires étaient nettement appréciables.

La tumeur fut extirpée et l'aisselle fut soigneusement débarrassée de ses ganglions envahis.

L'examen de cette tumeur montra qu'on avait affaire à un cancer.

Observation 15 (résumée).

Brossard. *Poitou médical*, 1889.

M. J. 45 ans, porteur depuis 4 ou 5 mois d'une tumeur du sein roit; petite et indolente, elle a, en quelques jours, rapidement augmenté de volume, en même temps qu'ont apparus des douleurs lancinantes. A l'examen, on constate une induration de toute la région mammaire, et l'existence d'une tumeur dure et mobile sur les parties sous-jacentes, elle a le volume d'une pièce de 2 francs et est presque entièrement recouverte par la peau de l'aréole qui lui est très adhérente; de la partie externe de cette masse part un cordon dur, mobile, qui se dirige vers l'aisselle, à 1 centimètre au-dessous du bord inférieur du grand pectoral; c'est un lymphatique induré qui conduit sur deux ganglions axillaires durs et mobiles de la grosseur d'un pois. Pas d'adénite sus-claviculaire.

Donc tumeur maligne du sein, probablement squirrhe.

Opération. — Incision en raquette, dont la queue suit le trajet du lymphatique induré; tumeur facile à énucléer; pas d'adhé-

rences profondes ; curage de l'aisselle. La tumeur est constituée par un tissu résistant, criant sous le scalpel.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Observation 16 (résumée).

Allen. *Med. News*. Phila. 1889.

H..., 50 ans, pas d'antécédents dignes d'être notés. Examiné en février 1889. En se baignant, il y a environ un an, s'est éraflé légèrement le sein droit; pendant 3 mois il met sur la plaie divers cataplasmes, qui aboutissent à la production d'une ulcération dont les dimensions sont aujourd'hui de 4 pouces transversalement et 2 1/2 verticalement; à côté on constate l'existence de nodules de la dimension d'un petit pois et plus, petites masses, dures et recouvertes par une peau enflammée; les petites masses sont disposées suivant une ligne qui unirait les deux mamelons; le sein gauche est lui aussi élargi, induré, mais non ulcéré; les ganglions axillaires gauches sont envahis. De la surface ulcérée du sein droit part une ligne indurée qui suit le bord inférieur du grand pectoral et aboutit au creux axillaire correspondant.

Avec l'autorisation du malade, on enlève un fragment de la surface indurée et ulcérée; le microscope révèle l'aspect classique du carcinome.

Observation 17 (résumée).

Beach. *Bost. Med. and. S. J.*, 1890.

H..., 42 ans, a remarqué juste au-dessous du mamelon gauche une légère tuméfaction, il y a déjà plusieurs années; celle-

ci a augmenté sans qu'il en fut jamais incommodé ; plus tard, est apparue une nouvelle masse qui s'est accolée à l'autre et fondue avec elle, pour donner aujourd'hui une tumeur du volume d'un œuf de pigeon ; 15 jours après, à la suite d'un violent traumatisme de la région, la tumeur s'enflamme, et apparaissait un suintement mamelonnaire ; une ulcération survient, qui présente environ 1 pouce $\frac{1}{2}$ de diamètre, avec des bords irréguliers, mais ne s'accompagne pas d'adénite axillaire.

Opération. — Guérison.

Examen microscopique. — Carcinome.

Observation 18 (résumée).

(Kohler. *Charité. Ann.* Berlin 1890).

H..., 63 ans. Pas d'antécédents.

La douleur a été le premier symptôme accusé ; elle survenait à la suite des frottements de ses habits ; peu après, il voyait la région augmenter de volume, et à l'examen, aujourd'hui, on peut constater l'existence d'une tumeur du volume d'une pomme, résistante, bosselée, sans engorgement ganglionnaire.

Extirpation ; la tumeur est un carcinome.

Longtemps après, il n'y a pas eu de récurrence *in situ*, mais on a pu extirper des ganglions axillaires qui ont présenté la dégénérescence cancéreuse.

Observation 19 (résumée)

(Imbert. *Journal des sc. méd.* Montpellier 1891).

H..., 60 ans, rhumatisant, pas d'antécédents héréditaires. Grand chasseur ayant l'habitude de tenir sa montre dans la poche

supérieure de son gilet, sur laquelle passait la courroie de son carnier, amenant ainsi un frottement et une compression continuels.

Vers le mois de mai 1890, s'aperçut qu'il portait, en dessous du sein gauche, une petite tumeur, mobile, indolore, sur laquelle il appliqua un emplâtre résolutif; 10 ou 12 jours après, apparut une ulcération qu'on traite par les caustiques.

En mai 1891, on constate que les seins sont anormalement développés; au dessous du mamelon gauche, ulcération de la surface d'une pièce de 5 francs, peu profonde; deux ou trois ganglions axillaires peu volumineux, rien dans le creux sus-claviculaire; tout autour de l'ulcération, on trouve de petites taches foncées, reposant sur des points indurés.

19 juin. — Extirpation de la tumeur, curage de l'aisselle, ablation de l'aponévrose du grand pectoral.

Guérison lente mais complète deux mois après.

Examen microscopique. — Sur une coupe, on constate la présence de grosses alvéoles, remplies de cellules polymorphes, contenant un gros noyau; les travées conjonctives qui séparent ces alvéoles sont peu épaisses, et, en certains points, elles renferment un très grand nombre d'éléments cellulaires, qui indiquent une tendance active à la prolifération.

Cancer alvéolaire avec prédominance des éléments cellulaires, c'est un carcinome encéphaloïde.

Observation 20 (résumée).

S. Shattock. *Trans. Path. Soc. London*, 1892.

H..., 57 ans; présente depuis 3 ans une tumeur du sein, qui s'accompagne aujourd'hui d'un écoulement jaunâtre par le

mamelon. Cette tumeur est rétro-mamelonnaire, adhérente à la peau qui est plissée ; elle est sphéroïdale ; quoique nettement circonscrite, elle est très adhérente sur toute sa périphérie, de consistance modérément ferme.

Elle est enlevée et examinée au microscope, qui y décèle les caractères du carcinome.

Observation 21 (résumée).

Vitrac. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1894.

H..., 60 ans, présente au sein droit une tumeur qui a évolué en 9 mois : elle est de la grosseur d'une noix, dure, puis adhérente à la peau ; pas d'ulcération. On peut constater dans le creux axillaire, 3 ou 4 ganglions, petits, durs, mobiles.

Extirpation.

Examen histologique. Carcinome alvéolaire.

Observation 22 (résumée).

G. Buchanam *Glasgow. M. J.*, 1894.

H..., 52 ans, a reçu il y a 3 ans un coup de pierre sur le sein gauche, la plaie s'est refermée en très peu de temps ; mais une tumeur n'a pas tardé à se développer, qui est restée à peu près stationnaire jusque quelques mois avant l'opération ; cette tumeur mesurait environ deux pouces de large contre un pouce et demi d'épaisseur ; ses caractères étaient ceux du squirrhe ; la peau était ridée et il existait en outre une petite ulcération mamelonnaire, mais pas d'adénite axillaire.

La tumeur fut extirpée et examinée au microscope, qui confirma le diagnostic de squirrhe.

Observation 23 (résumée)

Moore. *Austral. M. J.* 1895.

H..., 60 ans, mineur, se plaint d'une tumeur du sein droit, qui depuis quelque temps est douloureuse; il en avait constaté l'existence le mois auparavant, époque à laquelle il s'était heurté le sein avec le manche de sa pioche; il en était résulté une petite plaie qui avait saigné assez abondamment; deux semaines après, cette tumeur prit un développement assez rapide qui l'amène chez le chirurgien.

La peau ne présente pas de caractères particuliers, elle est peu adhérente à la tumeur, qui est mobile sur les plans profonds; pas de ganglions axillaires.

La tumeur est enlevée le lendemain; et la guérison s'obtient au bout de quelques semaines, retardée par la nécessité où l'on se trouva d'enlever quelques sutures, à cause d'un épanchement sanguin survenu trois jours après l'opération.

Examen histologique : carcinome.

Observation 24 (résumée)

Moore. *Austral. M. J.* 1894.

Jeune homme de 22 ans, sans antécédents personnels ou familiaux remarquables; il présente au niveau du sein gauche un empâtement impossible à limiter, en continuité avec les

tissus sains ; il n'accuse aucun traumatisme antérieur, et ne se plaint d'aucune espèce de douleurs.

Le sein fut complètement enlevé, et, une semaine après, il quittait l'hôpital. Revu au bout de trois mois, il ne présentait aucun signe de récédive.

L'examen de la tumeur démontre qu'il y avait « une inflammation très nette de l'épithélium des acini ; quelques-uns complètement obstrués par les cellules, dont certaines montraient une tendance à se diffuser dans le tissu conjonctif, paraissant être le premier stade d'une tumeur maligne. »

Observation 25 (résumée).

Sengensse (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, 1895-1896).

H..., 60 ans, pas d'antécédents personnels dignes d'être notés. La mère est morte d'une tumeur abdominale sur la nature de laquelle on n'est pas fixé. Il n'accuse aucun traumatisme ; se plaint de l'augmentation de volume de son sein droit ; à l'inspection ce sein est, en effet, plus saillant que l'autre, on ne note pas de réseau veineux sous-cutané, et, par le mamelon, il ne se produit aucun écoulement.

À la palpation, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une grosse amande, dure, lisse, régulière, et ne présentant d'adhérences ni avec le mamelon, ni avec l'aponévrose du grand pectoral.

Pas d'adénite axillaire.

La tumeur est enlevée ; mais, six mois après, le malade revient présentant une récédive au niveau de la cicatrice ; ce sont deux **petits** noyaux, mobiles sur les parties profondes, mais adhérents à la peau, il n'y a pas d'avantage de ganglions axillaires ou sous-claviculaires appréciables.

Examen de la tumeur. — A la coupe, la tumeur présente un aspect blanchâtre, on voit qu'elle est formée d'une coque fibreuse, rompue en certains points et d'un stroma dont les mailles circonscrivent des alvéoles remplies de masses cellulaires.

Ces masses sont constituées par des cellules volumineuses ordinairement cubiques, parfois cylindriques, parfois irrégulières ; leur noyau est volumineux, généralement arrondi, très coloré avec un protoplasma granuleux ; certaines cellules sont en voie de multiplication.

Les vaisseaux sont rares et toujours situés dans l'épaisseur des travées conjonctives.

Observation 26 (résumée).

Shober. *Br. M. J.* 1896.

H..., 23 ans, laboureur, de santé robuste en apparence ; pas de maladies antérieures ; pas d'antécédents familiaux.

Il y a environ six semaines, ressentit, au niveau du sein droit, des douleurs très vives, lancinantes ; en même temps, il s'apercevait de l'existence d'une petite masse dure, située derrière le mamelon. Cette masse présente aujourd'hui environ un 1/2 pouce de diamètre ; elle est mobile sur les parties profondes, mais très adhérente au mamelon qui est rétracté.

Il est traité au moyen d'applications d'ichthyol, de belladone, d'iodoforme ; mais sans aucun résultat.

La tumeur enlevée a la forme d'un disque. Examen histologique : Alvéoles dont les travées sont formées de tissu conjonctif, baignant dans des amas de cellules, épithéliales atypiques.

Observation 27 (résumée).

Jacobson. *Med. News*, 1897, n° 5.

H..., 70 ans, veuf, pas d'antécédents personnels ni familiaux
Présente au niveau du sein droit une tumeur adhérente à la
peau, mais mobile sur les parties profondes, l'exploration de
l'aisselle révèle la présence de ganglions.

La tumeur est extirpée; une hémorrhagie se produit qui
nécessite plusieurs ligatures.

Un an après, le malade est revu et présente un gros paquet
axillaire qu'on lui propose d'enlever, il refuse et revient au
bout de deux ans avec un empâtement de toute la région mam-
maire et de l'aisselle; il présente des signes de compression des
vaisseaux axillaires, en même temps qu'il se plaint de violentes
douleurs dans le bras; il refuse encore toute intervention et
meurt cachectique, quatre ans après le début de l'affection.

Examen histologique. — La tumeur qu'on avait cru microscopiquement être un squirrhe était un sarcome.

Observation 28 (résumée).

Jacobson. *Med. News*, 1897, n° 5.

H..., 70 ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en
1888, époque à laquelle il s'aperçut, au niveau de son sein droit,
de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'un œuf de
pigeon; mobile sur les plans profonds; la peau est libre aussi
et n'adhère pas à la tumeur; on trouve quelques ganglions dans
l'aisselle.

La tumeur est enlevée et six mois après, au niveau de la cicatrice, apparaît une éruption ; elle est suivie d'une ulcération, qu'on touche avec du chlorure de zinc ; mais l'infection néoplasique fait des progrès, et le malade meurt dans le marasme et la cachexie, deux ans trois mois après le début.

Examen histologique : épithélioma.

Observation 29 (résumée).

Blodgett, *Br. M. J.*, 1897,

Le malade est un enfant, né de parents sains ; le père, autrefois, était un grand buveur ; mais l'enfant a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 12 ans.

C'est vers cette époque, que sa mère remarqua que la région mammaire gauche était enflée.

Aujourd'hui le mamelon est très rouge, induré, et reposant sur une base dure aussi ; ce n'est pas une tumeur limitée ; mais c'est une induration de toute la région se continuant insensiblement avec les tissus sains ; cette induration a augmenté graduellement depuis quelques mois ; la peau lui est adhérente et impossible à plisser.

On enlève la tumeur ; elle présente la structure typique du carcinome, qui avait envahi tout le tissu visible de la glande.

Le malade a été opéré, il y a cinq ans, et n'a encore présenté aucune récidive.

Observation 30 (résumée)

(Plummer. *The Lancet*, 1897, 1203).

H..., 39 ans, entre à l'hôpital au mois de mars, de cette année, voici son histoire : Huit ans avant, il a remarqué une petite masse, au niveau de son sein droit ; cette masse est restée à peu près stationnaire pendant 4 ans ; quoique indolore par elle-même, la pression sur ce point provoque des douleurs dans le bras droit.

En janvier 1893. — Cette tumeur fut enlevée.

En 1895. — Le malade constata de nouveau, en haut et en dehors du côté droit, un petit nodule qui augmenta graduellement de volume et s'accompagna des mêmes douleurs dans le bras droit.

La tumeur fut enlevée ; elle avait le volume d'un œuf de pigeon, et l'examen démontra qu'on avait affaire à un squirrhe de la glande mammaire.

Ajoutons un fait intéressant : deux cousines du malade sont mortes, l'une d'un cancer du sein, l'autre d'un cancer du rectum.

Observation 31 (résumée)

(Voir thèse Delacour) (1894).

M... J..., 62 ans, entre à la Maison Dubois, le 2 octobre 1893. Rien de particulier à noter dans les antécédents personnels, à part quelques attaques de goutte. Pas d'hérédité néoplasique. Il présente, au niveau du sein gauche, une tumeur non ulcérée,

atteignant le volume du poing, adhérente à la peau, peu mobile sur les parties profondes, et indolente. Pas de traumatisme, ni de phénomènes inflammatoires antérieurs.

C'est au mois de mai dernier, qu'il s'est aperçu de la présence de cette tumeur, qui avait à ce moment le volume d'une noix, et dont il a suivi dès lors le développement. Pas de ganglions appréciables dans l'aisselle.

Le 3 octobre. — Ablation de la tumeur. Curage de l'aisselle et extirpation de cinq ou six ganglions peu volumineux.

Réunion par première-intention. Le malade quitte l'hôpital à la fin d'octobre, et depuis n'a plus été revu.

Examen histologique. — Carcinome alvéolaire. Les ganglions enlevés présentaient déjà les traces d'un envahissement néoplasique.

Observation 32 (résumée).

(V. thèse Delacour 1894).

H..., 60 ans, a constaté depuis 6 mois l'existence d'une petite tumeur développée dans la région mammaire du côté droit. du volume d'une petite cerise, située en arrière et un peu au-dessus du mamelon. Au moment de l'opération elle a le volume d'une noix, et est recouverte d'une peau violacée et adhérente; pas de ganglions appréciables dans l'aisselle.

Ablation de la tumeur, curage de l'aisselle. Réunion par première intention.

Observation 33 (résumée).

(V. thèse Delacour 1894).

H..., 66 ans, pas d'antécédents héréditaires ou personnels.
Pas de traumatisme antérieur.

La tumeur est apparue il y a 2 ans, et s'accompagnait de quelques élancements locaux.

Aujourd'hui il se plaint d'anorexie, d'amaigrissement. La tumeur a le volume d'une mandarine, située immédiatement derrière le mamelon, irrégulière, bosselée, dure; mobile sur les plans profonds, mais adhérente à la peau (peau d'orange). Pas d'ulcération. Quelques ganglions axillaires, durs, réguliers.

État général défectueux.

Le malade quitte l'hôpital sans avoir été opéré.

Observation 34 (résumée).

(V. thèse Delacour 1894.)

H... a reçu, il ya 10 ans, un coup au niveau du sein gauche, dans lequel il ressent, depuis, une douleur assez vive.

Depuis 6 mois, il a remarqué la présence d'une tumeur qui s'est ulcérée, il y a environ 2 mois.

Pas d'antécédents, d'aucune sorte.

La tumeur est située à la partie inféro-externe du mamelon; elle est dure, du volume d'une noix, adhérente à la peau et aux parties profondes.

Quelques ganglions axillaires.

Ablation de la tumeur. Curage de l'aisselle. Réunion par première intention.

Quoique n'ayant pas été examinée histologiquement, la tumeur a présenté des caractères suffisants pour être considérée comme un sarcome.

Pas de récurrence, deux ans après.

Vu par le Président de la thèse

PAUL BERGER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — Case of cancer of the left mamma. Proc. Roy. Med. and. S. Soc. London, 1862, IV, 117.
- AMADO. — Un caso de kysto sarcoma telangiectasico e pupillar da glandula mamarca de homen. Correlo med. de Lisbon, 1871-72, I, 210-213.
- ALLEN. — Case of cancer of the male breast. Med. news. Philadelphie, 1889, p. 290.
- BERARD. — Thèse de concours, 1842, p. 145.
- BACIALLI. — Riv. clin. Bologne, 1887, p. 833-837.
- BEDER. — Quelques faits particuliers sur la gynécomastie. Gaz. méd. de Paris, 1836, 689-691.
- BERTHERAND. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Ann. méd. de la Flandre occidentale, 1855, p. 513-517.
- BARLING. — Cancer of the male breast. Brit. M.-J., 1887, p. 883.
- BEACH. — Cancer of the male breast. Boston med. and S. J., 1890, p. 474.
- BIGELOW. — Scirrhus of male breast. Boston m. and S. J., 1864, p. 62.
- BROSSARD. — Cancer du sein chez un homme. Poitou médical, Poitiers, 1889, p. 97-101.
- BERNS. — Ein weiterer Fall von Krebs der mannlichen Brustdrüse. Arch. f. klin. Chir., Berlin, 1887, p. 228-230.

BLODGETT. — Cancer of breast in a child. Brit. med. j., 1897, p. 611.

BRYANT. — Cases of disease in the male breast. The Lancet, 1868, I, 285.

BILROTH. — Path. chir. génér., 1868, p. 770.

BUCHANAN. — Cancer of the male breast. Glasgow, N.-Y., 1893, p. 149.

CAMPBELL. — Scirrhus of the male breast. Bull. am. j., Montreal, 1862, III, 67.

CHENET. — Étude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1876.

CAS ISOLÉ. — Cancer of the breast in man. Lancet, 1841-42 II, 414.

CHILDS. — Cancer in the male breast. Lancet, 1861, II, 266.

COOKE. — Two cases of scirrhus of the male breast; reappearance after amputation. Lancet, 1858, II, 462.

COOTE. — Cancer of the male breast; extension of the disease to the bones; fracture of the right humerus. The Lancet, 1847, I, III.

COURTADE. — Deux cas d'épithélioma du sein chez l'homme. Union méd., Paris, 1885, 3^e s., XI, 1070-73.

COWELL. — Cancer of the male breast. Westminster, Hosp. Rep. London, 1890, 95-97.

DELACOUR. — Étude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1894.

DEGUISE fils. — Gazette des hôpitaux, déc. 1850, p. 603.

DUSSAUSSOY. — Dissertation et obs. sur la gangrène des hôpitaux. Genève, 1787.

DOUTRÉLEPONT. — Revue des S. médic. Hayem, 1874, p. 265.

FERGUSON. — Scirrhus of the male breast, excision. Lancet, 1861, II, III.

- FOUCART. — Tumeur du sein chez l'homme. France méd., 1856, III, 284.
- FRIEDREICH (Emil.). — Universitätsklinik zu Greifswald. Preifswald, 1893. J. Ahel.
- GARS. — Cancer du sein chez l'homme. J. des Sc. Méd. de Lille, 1887, p. 392, 395.
- GAVILLER. — Case of cancer close to the mammary gland in a male who had had epithelioma of the lip; excision. Canada M. and S. J., 1873, I, 271
- GILLETTE. — Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme. Union méd., 1874, XXVIII, 942.
- GUIDO VON TOROK ET WITELSHOLER. — Zur Statistik der mamma carcinoma. Arch. Langenbeck, 1885, B. XXXV.
- HARGENS. — Beobachtungen von Knoten in der Brüsten beim männlichen Geschlecht. J. d. prot. Azzuk. in Wunderzuk, 1795; I, 548, 68.
- HEDEMPYL. — Cancer of the male breast. Pro. N. Y. Path. Soc., 1890, p. 76.
- HENRY. — Thèse inaugurale. Breslau, 1879.
- HOLTH. — Case of scirrhus cancer of the breast in man. Lancet, 1878, II, 486.
- HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse d'agrégation, 1872.
- HUME. — Cancer of the breast male. Med. Press. and Circular., 1888, p. 440.
- IMBERT. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. Gaz. hebdomadaire des Sc. M., Montpellier, 1891, 541, 555.
- JACOBSON. — Trois cas de tumeur du sein dont deux chez l'homme. Méd. New., 1897, n° 5.
- JOHNSON. — Scirrhus of mole breast, N. Y. M. Times, 1853, I. III.
- KOHLER. — Carcinoma der Brustdrüse, bei einem Mann. Charité Ann., Berlin, 1890, 443, 452.

- KOUGT. — Scirrhus of the breast in the male. *Lancet*, 1880, II, 216.
- LEDUAN. — Mém. sur le cancer, 1778, p. 112.
- LANDRY. — Contrib. à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1883.
- LEISERIK. — Bemerkungen über die Entzündung der Mamma bei jungen Männern. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* Leipzig, 1873-74, IV, 19, 21.
- LIDDERDALE. — Cancer of the male breast. *Lancet*, 1861, II, 167.
- LUSHKA. — Die Anatomia der männlichen Brustdrüsen. *Arch. f. Anat. de Leipzig*, 1852. 402.
- LEBERT. — Physiologie pathol., 1845, t. II, p. 317.
- LISFRANC. — Clin. chir. de la Pitié, 1841, t. I, p. 139.
- MARCANO. — Bull. de la Soc. anat., 1874, p. 921.
- MARCOWITZ. — Cancer du sein chez l'homme. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1860, p. 134.
- MANDEN. — Scirrhus of the male breast in a man 56 years old. *Lancet*, 1857, II, 169.
- MAUNOURY ET THERE. — Ulcération carcinomateuse, etc. *Gaz. M. de Paris*, 1842, X, 818.
- MAC LAREN. — Scirrhus of mamma in the male. *Maritim. M. News.* Halifax. 1891, p. 85.
- MICKAILOFF. — *Wrach. Zapiski-Mosk.* 1894, p. 53-58.
- MOORE W. — Two cases of cancer of the male breast. *Austral. M. J. Melbourne* 1895, n. S. XVII p. 96.
- MORRE. — Cirrhous cancer of the male breast. *Lancet* 1861. II. p. 110.
- MOUTARD-MARTIN. — Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans. *Pr. Med.* 1876. IV. p. 296.
- MULLER. — Ein Fall von Carcinom der männlichen Brustdrüse *Deutsche Ztschr. Chir.* Leipzig 1874. V. p. 496.

- MUSSEY. — Scirrhus of the male breast. Cincinnati Lancet Clinic, 1893, p. 258-70-72.
- MORGAGNI. — Let. 50 l. t. VIII, p. 160.
- NELATON. — Des tumeurs de la mamelle. Thèse d'agrégation 1839, p. 115.
- NEFTTEL. — Carcinoma of mammary gland. in male. Med. R. New-York, 1869, IV, p. 17.
- OLLIVE. — Cancer du sein chez l'homme. J. de Med. de l'Ouest.
- PÉLTIER. — Note sur le cancer du sein chez l'homme. Rev. phol. des hôp. 1871. III, p. 130.
- PERKINS. — Case of carcinoma of right breast Lancet, 1879, I., p. 353.
- PLUMMER. — The Lancet, 1897, p. 1203.
- POIRIER (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs du sein. Thèse de Paris, 1883.
- POWERS. — Medical Record. N. Y., 1888, p. 488.
- POISSON. — Du cancer du sein. Thèse de Paris, 1854, p. 17.
- RICHET. — Anat. med. Chir., 4^e éd. p. 330.
- ROBERT. — Arch. de Médec., 1851, p. 607.
- ROENTHAL. — Wien. med. Presse XIV, 1 et 2, 1873.
- SEDILLOT. — Presse med., t. 1, p. 140.
- SENGENSSE. — Un cas de cancer du sein chez l'homme. Annales de la Policlin. de Bordeaux, 1895-96, IV, 278-292.
- SHATTOCK. — Cancer of the male breast. Trans. Path. Soc. Lond., 1891-92, p. 119.
- SHOBER. — Boston Med. J. 1896, p. 593.
- SCHUCHARDT. — Archiv. f. Klin. Chir., Berlin, 1887, p. 230-232.
- SINHA. — Indian Med. Rec. Calcutta, 1896, X, p. 146.
- SKEY. — Cancer of the mammary region in man., Lancet, 1862, II, p. 115.
- SOUTH. — Cancer of the male breast., Lancet, 1850, I, p. 570.

STUMPFF. — De carcinom. mamma virilis, addita observatione clinica. Gryphicæ, 1859.

TERRIER. — Deux cas de cancer du sein chez l'homme. J. de med. et chir. prat., 1873, XLIV, p. 489.

TRAVERS. — Carcinomatous disease of the breast. Lancet, 1827, XI, p. 267.

TILLAUX. — Mouv. méd. juin 1874, p. 270.

VELPEAU. — Traité des maladies du sein, 2^e édit. 1858, p. 695.

VERNEUIL. — Hist. des tumeurs de la peau. Arch. gén. de méd. mai 1854, p. 556.

— Journal de m. et ch. prat. t. XLIII, p. 152.

VIDAL (de Cassis). — Path. ext. t. III 3^e éd. p. 811.

VITRAC. — Cancer du sein chez un homme. Journ. de méd. de Bordeaux, 25 mars 1894.

WAGSTAFFE. — Scirrhus of the male breast. Tr. Path. soc. 1876, XXVII, p. 234.

— Double cancer of male breast.

— Medic. Times, 1874, II, 119.

WEBER. — Vornwdrige Entwicklung bei der Brüstdrusen in einem Mann. Ztschr. d. deutsch. Chir. ver. 1852, V. 336.

WOOD. — Scirrhus of the breast in male subject. Tr. Path. soc. 1874, XXV, 223.

WORMUALD. — Scirrhus cancer of the male breast. Lancet, 1861, II, 111.

WILLIAMS. — Cancer of the male breast, based on the records of one hundred cases. Lancet, London 1889. 251, 310.

WARREN. — On tumours etc., p. 232.

YVAREN. — Des métamorphoses de la syphilis.

